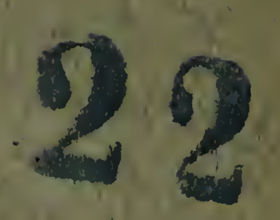
4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — **THÈSE** N° — 

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 *novembre* 1906, *à* 1 *heure*

Par **J. LACAMP**

Docteur en médecine
Licencié ès-sciences
Vétérinaire sanitaire de la Seine

DES KYSTES

DE

LA GLANDE DE BARTHOLIN

Président: M. TERRIER, *professeur.*
Juges : MM. LANNELONGUE, *professeur.*
MAUCLAIRE et GOSSET, *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

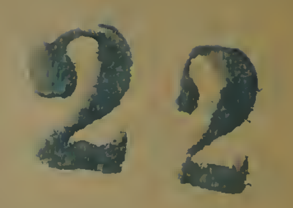
THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —



THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 *novembre* 1906, *à* 1 *heure*

Par J. LACAMP

Docteur en médecine
Licencié ès-sciences
Vétérinaire sanitaire de la Seine

DES KYSTES

DE

LA GLANDE DE BARTHOLIN

Président: M. TERRIER, *professeur.*

Juges : MM. LANNELONGUE, *professeur.*
MAUCLAIRE et GOSSET, *agrégés.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
ygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Cliniqu des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.
AUVRAY
BALTHAZARD
BRANCA
BEZANÇON
BRINDEAU
BROCA (André)
CARNOT
CLAUDE
CUNEO
DEMELIN
DESGREZ
DUPRÉ
DUVAL
FAURE
GOSSET
GOUGET
GUIART
JEANSELME
LABBE
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGRY
LEGUEU
LEPAGE
MACAIGNE
MAILLARD
MARION
MAUCLAIRE
MERY
MORESTIN
POTOCKI
PROUST
RENON
RICHAUD
RIEFFEL (chef des trav. anat.)
TEISSIER
THIROLOIX
VAQUEZ
WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA MÈRE

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE VETERINAIRE D'ALFORT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Ce travail marque la dernière étape du but que nous nous étions proposé d'atteindre. Notre labeur quotidien n'aurait pas été sans nous créer les plus grandes difficultés, si nous n'avions rencontré sur notre route, dans les différents services que nous avons eu à parcourir, l'extrême bienveillance et l'encouragement de tous nos maîtres.

Que M. le professeur TERRIER veuille bien agréer l'hommage de notre profonde et respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse ; nous serons toujours heureux d'avoir été son élève à Bichat et à la Pitié.

Nous aurons toujours présent à l'esprit les excellentes leçons à Bichat et à Lariboisière de M. le Dr HARTMANN ; nous n'oublierons pas les judicieux conseils de MM. les Drs GUYON et MICHON à Necker, le savant enseignement de M. le Dr MAYGRIER à la Charité, et nous nous souviendrons que M. le Dr TALAMON nous a initié à Bichat à la clinique médicale.

Nous remercierons MM. les Drs Morax et Raymond qui à Bichat nous ont si bien accueilli dans leurs services spéciaux ; notre gratitude s'adressera également à MM. les Drs Gosset, Cunéo, Lecène et Crouzon pour l'intérêt qu'ils ont bien voulu toujours nous témoigner et qui nous honorent de leur si précieuse amitié.

Mais il est un maître à qui nous sommes tout spécialement heureux de pouvoir offrir en cette circonstance un faible témoignage de reconnaissance, c'est M. le Dr Hartmann qui, en deux circonstances, nous a si généreusement octroyé le secours de son habileté et de sa science ; d'un autre côté MM. les Drs Guinon et L. Simon répondant à notre appel désespéré se sont prodigués au chevet d'un fils gravement atteint ; pour eux notre reconnaissance et notre dévouement resteront toujours sans bornes, nous les réunirons dans une même pensée.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par notre excellent maître, M. Hartmann. Nous avons récolté et réuni toutes les observations éparses publiées dans la littérature médicale, et nous avons à notre tour, guidé par notre excellent camarade Lecène, apporté modestement deux observations recueillies dans le service civiale de M. le Dr Hartmann à Lariboisière.

Pour ne pas allonger outre mesure ce travail, nous laisserons de côté l'anatomie de l'appareil glandulaire.

Dans les quatre-vingt-huit observations que nous avons recueillies et qui renferment une centaine de cas de kystes de la glande de Bartholin, on pourra peut-être nous reprocher d'avoir préféré le nombre à la qualité, accepté

des documents d'inégale valeur et de les avoir placés sur le même rang. Nous avons simplement voulu, ce qui n'avait pas été établi jusqu'ici, condenser en une récapitulation impartiale, toutes les communications sur la question. Si nous nous sommes cru autorisés à ajouter nos réflexions à celles déjà formulées par divers auteurs, nous avons jugé aussi que dans une revue, il n'était pas de notre droit d'éliminer de notre propre gré, de passer sous silence, de dédaigner certains travaux qui, pour être de peu de valeur en eux-mêmes, venaient cependant ajouter leur note à l'ensemble et devaient par cela même fortifier le résultat total.

DES KYSTES

DE LA GLANDE DE BARTHOLIN

HISTORIQUE. — Toutes les tumeurs de la vulve, sans distinction entre elles pour ainsi dire, étaient autrefois comprises dans un vaste cadre qu'on rétrécit plus tard en plaçant à part les affections des grandes lèvres ; mais là encore, sous le nom d'hydrocèle de la femme, on désignait une foule de productions pathologiques, à peu près toutes les collections liquides, (même les kystes de la glande de Bartholin, ce qui est une confusion regrettable, s'écrie Berthelin). Chacun, aux diverses époques, vu l'imprécision des observations, supposait avoir le droit de choisir à son gré le diagnostic : certains disaient hydrocèles, d'autres qualifiaient kystes du canal de Nuck, ou kystes du sac dartoïque, ou kystes de la glande de Bartholin.

Aetius (1), d'après les récits de la sage-femme Aspasie dit : « La hernie aqueuse est une tumeur molle qui occupe tantôt une des grandes lèvres, tantôt les deux et qui donne au toucher une certaine apparence de fluctuation. » De cela chacun s'est emparé pour le besoin de sa cause.

Ni le contenu, ni la forme ne pouvaient certes pas suffire à confirmer l'hypothèse ; à peine si le siège est lui-même suffisant ; il faut aujourd'hui en appeler de toutes les connaissances anatomo-pathologiques, et le microscope est de la plus grande utilité.

Les cavités dont parle Eustache au XVI[e] siècle et qui, d'après lui, étaient assez grandes, sculptées dans l'épaisseur des parois du vagin, flexueuses et pleines de mucus, n'étaient pas des kystes selon Huguier.

On ne peut également rien dire d'un cas que mentionne Ambroise Paré (2) et qui manque de tous détails.

Th. Bonnet, dans ses opérations chirurgicales rapportées en 1670 par Potier (3) parle « de deux tumeurs du volume d'un œuf situées au col externe de la matrice qui s'étaient formées de longue main sans aucune incommodité qu'un sentiment de pesanteur ; incisées elles laissèrent écouler une matière grossière, gluante, entièrement semblable au blanc d'œuf ».

1. Aetius. *Contractæ et veteribus medicinæ tetrabilos*, sermo IV, chap. 6.

2. A. Paré. T. I, p. 346, édit. Malgaigne.

3. Potier. Opérat. chirurg. de Th. Bonnet rapportées par Potier, 1670, t. IV, p. 492.

« J'ay encore vu des femmes grosses et d'autres qui ne l'étoient pas avoir des tumeurs à quelqu'une des lèvres extérieures de la vulve, qui procédoient seulement d'une humeur particulière renfermée dans une espèce de chyste... et n'ont aucune continuité jusques à l'aîne de la femme comme les hergnes ont toûjours » écrit Mauriceau en 1721.

Astruc (1), en 1761, avait dit que le « kyst » toujours plein d'une humeur plus ou moins épaisse et différemment colorée, peut se former dans l'une ou dans l'autre des grandes lèvres ; on sait présentement, dit-il, que ces humeurs sont formées par le séjour et l'amas de quelque humeur dans ses propres canaux, qu'elle agrandit peu à peu et dont elle fait une poche ou kyste qui croît insensiblement ; les femmes ne se sentent presque aucune incommodité et paraissent conserver toute leur santé ».

Desault (2) est le premier qui décrivit assez exactement mais encore d'une manière insuffisante un cas dont le diagnostic reste incertain : « on trouva immédiatement sous la peau une poche ou kyste en forme de sac herniaire, contenant plein un verre d'une humeur claire et très fluide de la nature de la sérosité lymphatique. »

Vital de Cassis, à propos d'abcès de la vulve qui, le plus souvent, se reproduit plusieurs fois, fait remarquer que cela laisse supposer l'établissement d'un kyste. Il

1. J. Astruc. Traité d. mal. d. femmes, t. III, 1761.

2. Desault. *Journal de chirurgie*, t. I, 1791, p., 251.

est évident, dit à ce propos Huguier d'un ton acerbe, que Vidal a pris pour un kyste les parois du conduit excréteur dilaté et devenu le siège d'un abcès.

Vidal ignorait la glande et ses kystes ; il a dû voir des kystes abcédés et les a pris pour des abcès vrais car il écrit : « Il est surprenant que du pus se forme dans des parties réputées si sensibles sans donner lieu à des symptômes qui décèlent le mal. La consistance, la couleur restent normales, le fond du petit abcès contiendrait comme un petit pois tapissé d'une muqueuse de nouvelle formation qui secrète ni plus ni moins que celle de la vulve. »

En 1834, J. Cruveilhier fait paraître une note dans son anatomie (voir notre observ. 67) qui semble désigner un kyste de la glande de Bartholin et cependant à cette époque l'auteur ignore la glande vulvo-vaginale. Huguier ne manque pas de dire que Cruveilhier a rencontré et décrit un kyste à son insu.

Velpeau (1) (1833) qui ignorait la glande de Bartholin dit, en parlant des contusions de la vulve, qu'il a rencontré plusieurs fois des tumeurs enkystées siégant à la partie inférieure de la grande lèvre, pleines de matières gélatineuses, roussâtres, onctueuses, comme les deux exemples de P. Potier ajoute-t-il.

Ailleurs, (2) en 1837, dans son article sur l'hydrocèle

1. A. Velpeau De la contusion. Thèse concours ; chaire path. ext, 1833, p. 112.

2. A. Velpeau. Hydrocèle. *Dict. méd. ou répert. gén. d. sciences méd.*, t. XV, 1837, p. 442, 494.

Velpeau parle de deux kystes du volume d'un œuf ayant duré huit à onze ans chez des femmes d'un certain âge, occupant la moitié supérieure de la grande lèvre, remplis d'une matière filante et glaireuse comme du blanc d'œuf ; le sac à l'intérieur était lisse comme une bourse muqueuse ou synoviale, de 3 à 6 lignes d'épaisseur. Il pense qu'ils sont le résultat d'anciens épanchements de sang survenus à l'occasion de contusions ou de froissements.

Parmi les trois cas d'hydrocèle que Blandin (1) a eu l'occasion d'opérer par ablation d'une partie du kyste, n'a-t-il pas rencontré, à cette époque où la glande de Bartholin était tombée dans l'oubli, une fois ou plus, un vrai kyste de la glande vulvo-vaginale?

A propos d'un abcès de la vulve signalé par Boyer, Darvieu déclare en passant que les auteurs anciens ne paraissent pas avoir cherché à déterminer le siège des « tumeurs aqueuses » de la vulve qui s'offraient à leur observation, et il pense que dans ce cas il s'agit évidemment d'un kyste de la glande de Bartholin.

Boyer fils dit, d'ailleurs, en parlant de son père, que « les tumeurs enkystées des grandes lèvres, dont Boyer traite au paragraphe 8, sont probablement des kystes de la glande de Bartholin. » C'est aussi ce qu'avait pensé Huguier en reprochant à Boyer d'avoir, « dans son immortel ouvrage, pris un kyste de la vulve pour un abcès et une tumeur fibreuse pour un kyste ».

1. Ph. Blandin. *Anat. topogr.*, 1837, p. 426. — Art. Hydrocèle. *Dict. méd. et chir. prat.*, t. X, 1833, p. 130.

Il n'existait pas, dit Huguier, de description dogmatique avant l'excellent travail de Boys de Loury sur les kystes de la grande lèvre ; cette histoire était entièrement à faire, à part quelques faits tronqués et isolés çà et là ; mais il ne manque pas encore ici de déclarer que Boys de Loury, d'après son travail, ignorait l'existence de l'appareil glanduleux vulvo-vaginal et celle des kystes qui s'y développent ; de même que son commentateur Vidal de Cassis a-t-il soin d'ajouter.

Boys de Loury, en 1840, cite un cas dans lequel l'auteur ne semble pas avoir connu la glande de Bartholin : c'était une tumeur dure, à la partie interne de la grande lèvre gauche, s'étendant en haut dans la direction du vagin, proéminant sous la muqueuse, datant de douze ans, avec douleurs pendant la marche et gêne dans la position assise ; la lèvre gauche descendait 8 centimètres plus bas que la droite ; la tumeur était fusionnée avec le tissu cellulaire voisin, plusieurs artères durent être liées pendant l'opération qui fut douloureuse et difficile à cause de cela ; néanmoins elle fut extirpée complètement.

Hœning dit que son cas ressemble un peu à celui-là et Kleinwæchter déclare avoir eu aussi un cas de kyste de glande de Bartholin également semblable. Raffalli le place dans son observation II sur les kystes de la glande vulvo-vaginale.

Huguier après avoir chicané Robert, déclare que celui-ci semble avoir pressenti les kystes en question.

Martin et Léger auraient les premiers attiré l'attention sur les maladies de cet organe, mais c'est à Boys

de Loury que revient l'honneur d'avoir le premier tracé l'histoire des kystes de la vulve ; car si avant lui Regnoli (1) avait, sous le nom d'hydrocèle de la femme, décrit cinq variétés de kystes, sa base reposait plutôt sur de simples vues théoriques et il ne parle pas des kystes à contenu muqueux, tandis que Boys de Loury, alors que la glande vulvo-vaginale était encore dans l'oubli, avait décrit des kystes en grappe et en chapelet. Sans paraître avoir connu la glande, il a bien décrit ses kystes.

Avant Huguier, les kystes de l'appareil glanduleux avaient passé presque inaperçus, c'est ce qui a fait dire à Mourey à propos de cet auteur : « Il a voulu réagir et tombant dans l'exagération contraire il n'admettait pour ainsi dire que ceux-là. »

C'est après le travail de Huguier que des communications au sujet des kystes de la glande de Bartholin ont été produites dès lors au sein de diverses sociétés savantes.

*
* *

FRÉQUENCE. — L'appareil secréteur vulvo-vaginal, dit Huguier, est très souvent le siège des kystes muqueux qui, jusqu'à ce jour, ont été confondus avec les autres kystes de la vulve. Cette maladie est très rare chez les vieilles femmes car l'appareil est atrophié, la nutrition et la sensibilité sont diminuées.

1. Regnoli. Hydrocèle chez la femme. *Archiv. gén. de méd.*, 2e sér., t. V, 1834.

Si on recherche ce que pensent les auteurs sur la fréquence de cette maladie, on y trouve toute la gamme des appréciations : ce sont les kystes les plus fréquents de la vulve dit Scott ; ils sont très fréquents pour Huguier, pour Raffalli ; relativement fréquents pour Mourey ; fréquents pour Recklinghausen qui, dit-il, en deux mois de recherches en a trouvé trois cas ; pas très fréquents pour Duvernoy ; rares pour Amourel ; pas extrêmement rares pour Cl. Martin.

Les kystes des grandes lèvres, écrivait Boys de Loury en 1840, sont des affections qu'on rencontre souvent dans la pratique, mais soit que les femmes du monde préfèrent garder ou cacher le plus longtemps qu'elles peuvent une affection qu'elles avouent avec répugnance et qui peut être portée pendant un temps plus ou moins long sans danger, il est certain que les kystes sont beaucoup plus communs dans la division des filles publiques que dans tout autre service de femmes. C'est ce que traduit également Leroux écrivant que cette affection rare, dit-on, dans la clientèle privée se rencontre souvent dans les services spéciaux.

Sur 100 cas de maladies de la glande de Bartholin, Barone a rencontré 3 kystes; Bergh (1) sur 1047 prostituées qu'il visita en huit ans, trouva 3 jeunes personnes de 18 ans environ qui avaient un kyste du canal qu'elles-mêmes n'avaient jamais remarqué ; et en neuf

1. Bergh R. Beitrag. z. Kennt. d. Entz. d. gland. vestibul. major. — *Monatshefte. f. prakt. dermat.*, Hamburg, 1895. Bd. 21. p. 361.

ans parmi les filles publiques il ne rencontra que 17 cas sur lesquels 15 étaient des kystes du canal et sur ces cas, 7 ignoraient leur début et leurs causes. Cullen a observé 17 cas en dix ans.

Alors que Huguier dit que la glande est moins fréquemment malade pendant la grossesse, Cullen soutient le contraire,

***

AGE. — Neumann dans sa statistique des maladies de la glande a trouvé que la fréquence de ces affections étaient considérablement plus grande entre 17 et 23 ans, surtout de 18 à 20 ans. Toutes mes malades avaient moins de 30 ans, dit Emmet (1). Chez un fœtus de sept mois, Huguier a trouvé un commencement de kystes de deux granulations, et Meyer (2) a rencontré un kyste de 5 millimètres de diamètre chez une fille nouveau-née.

On ne le rencontre, d'après Huguier, presque jamais avant 17 ans, ni après 45 ans, le plus souvent de 18 à 27 ans, et dit-il, si quelques malades ont 50 ans, c'est que l'affection existait déjà depuis longtemps. C'est également l'opinion de Dubar.

Huguier anrait remarqué que ces kystes sont plus fréquents au printemps ou à la fin de l'été, principalement en mai et septembre.

***

1. Th. Emmet. La pratique d. mal. d. femmes. Trad. angl. par. Ad. Olivier, 1887. p. 620.

2. Meyer. Ueber Drüsen d. vag. u. vulv. bei fœten. u. neugeb.— *Zeitsch. f. geb. u. gyn.* Stuttgard 1901. Bd., 46, p. 17.

COTÉ MALADE. — Des kystes, il peut y en avoir des deux côtés, dit Boys de Loury, mais ordinairement c'est à une seule lèvre et plutôt la gauche que la droite.

Pour Huguier la glande gauche est plus souvent malade que la droite, et plus souvent l'affection attaque les deux côtés à la fois plutôt que la glande droite seule ; il cite ainsi 21 malades du côté gauche, pour 17 des deux côtés et 31 du côté droit. Il fournit encore 34 observations avec 29 kystes d'un seul côté se décomposant en 18 à gauche et 11 à droite contre 5 dans les deux grandes lèvres à la fois.

Tous les auteurs admettent la plus grande fréquence à gauche. Serait-ce à cause du mouvement de restitution au moment de l'accouchement par compression de l'appareil glanduleux gauche contre la branche ascendante de l'ischion correspondante ? se demande Huguier. Ce n'est pas probable, car parmi les malades qui avaient des kystes à droite on en trouvait autant qui avaient eu des enfants que parmi celles qui avaient la maladie du côté gauche ; or chez elles on ne peut invoquer cette cause, se répond-il.

Est-ce hasard ou faut-il se contenter de la raison qui a été donnée pour les varices, pense encore Huguier, à savoir qu'elle est due au passage de l'S iliaque du côlon sur la veine iliaque gauche qui s'en trouve plus ou moins comprimée, d'où résulte une hypérémie passive et un engorgement des tissus qui agit comme cause prédisposante ; et il ajoute en note qu'il est probable que c'est là le véritable motif de cette fréquence.

Il y a bien encore l'explication de Malgaigne (1), opinion acceptée par beaucoup, que dans le coït les droitiers appuient plus à droite et, par conséquent, sur le côté gauche de la vulve.

Sans vouloir récuser l'opinion de Huguier à propos de l'élection du côté gauche, dit Huguenin (2), nous pensons que certaines positions dans les rapprochements sexuels contribuent également à cette fréquence et un interrogatoire attentif d'un certain nombre de malades nous l'a plus d'une fois prouvé ; et, du reste, l'autorité du Dr Martineau vient à l'appui de notre opinion, ajoute-t-il.

Emmet sur 9 cas, dont 6 dans sa pratique privée et 3 à l'hôpital, a trouvé 8 fois le kyste à gauche et une fois à droite.

Pour Winckel ils sont aussi fréquents à droite qu'à gauche, et dans un sixième des cas, des deux côtés simultanément.

Pour conclure, il convient de dire avec Mourey que la vraie cause n'est pas connue, et avec Migot on peut ajouter qu'il serait étonnant que dans une statistique on trouvât l'accord entre les deux côtés.

∴

VARIÉTÉS. — Les diverses parties qui composent l'appareil glanduleux peuvent être prises isolément ou

1. Malgaigne, 1840, t. I, p. 345.

2. O. Huguenin. Abcès de gl. vulvo-vaginale. Thèse, Paris, novem. 1879, n° 513.

simultanément, d'où deux classes selon Huguier : les kystes du canal excréteur et les kystes de la glande.

Ces kystes de la glande de Bartholin, le plus souvent, ne sont qu'acineux et alors ils peuvent être multiples.

Ceux dus à l'oblitération du conduit excréteur passent par trois états successifs : d'abord le conduit est seul dilaté par accumulation du produit de sécrétion ; cet état dure peu ; les ramifications canaliculaires se prennent à leur tour ; puis les granulations qui y aboutissent ; enfin l'ampliation faisant des progrès la poche devient globuleuse.

La plupart des auteurs ont adopté la division de Huguier.

Suivi de Mourey, De Sinéty distingue des kystes du canal excréteur, de la glande même, des glandules accessoires.

Quant à Duncan, il déclare n'accepter que les kystes du conduit, et pour ceux de la glande proprement dite, il dit n'en avoir jamais vus et être incertain sur le diagnostic des cas qu'il a lus. C'est l'opinion de Ferroni partagée par Raffalli que le kyste du canal excréteur est le plus commun et que la variété des acini est moins fréquente.

Pozzi s'est écrié qu'on avait assez arbitrairement distingué, sans preuve anatomique réelle, les kystes du canal excréteur des kystes de la glande et que ces expressions étaient peu justifiées. Il propose d'appeler le prétendu « kyste du canal excréteur » tout simplement « kyste superficiel » ; quant au prétendu « kyste de la glande », il préfère le nommer « kyste profond ». C'est

aussi l'avis de Sage, de Dobert, de Labadie, de Pichevin (1), de Boursier.

En appliquant à ce cas particulier les données générales que Broca (2) a fournies sur la formation des kystes par rétention, on voit que les kystes d'origine canaliculaire doivent être plus rares, si tant est qu'ils existent, puisque les kystes se forment non par l'oblitération des gros canaux excréteurs, mais par obstruction des dernières ramifications glandulaires.

Cl. Martin soutient que la dissection est incapable de trancher la question, l'histologie de la glande n'est pas faite, dit-il, mais quand on la connaîtra, alors sera résolu ce problème de pathogénie.

Pour Cullen il y a les kystes par occlusion du conduit principal qui sont superficiels, et les kystes par occlusion des conduits secondaires ou des conduits terminaux qui sont plus communs, multiples et très petits.

*
* *

RAPPORTS. — Ces kystes adhèrent aux parties voisines par plusieurs points de leur circonférence, d'où c'est assez difficile de les enlever en entier sans les ouvrir.

Ces parties avoisinantes sont dans un état très différent suivant le volume de la tumeur, la portion occu-

1. R. Pichevin. Kystes, p. 500, in traité de chir. de Le Dentu et P. Delbet, t. X, 1901.

2. P. Broca. Traité des tumeurs. Kystes, 1869, t. II.

pée, les lésions qui ont précédé, si cette tumeur est unique ou multiple.

Pour peu que la tumeur ait du volume, elle se met en contact et contracte des adhérences avec le constricteur du vagin, le transverse du périnée et les quelques fibres charnues qui, chez les femmes, remplacent le bulbo-caverneux. Ces muscles minces s'adaptent à la disposition des parois du kyste, en font en quelque sorte partie, les cimentent avec les tissus environnants, d'où vient la difficulté d'une extirpation complète.

En bas, vers le bord libre et la surface externe de la grande lèvre, ils n'adhèrent jamais à la peau; (nous ne l'avons pas encore rencontré, dit Huguier, mais on concevrait la possibilité si la tumeur venait à prendre un volume considérable).

En dedans, ils sont toujours intimement unis à la muqueuse vulvo-vaginale à l'aide du canal excréteur qui est une dépendance de cette dernière. Souvent même cette union est rendue encore plus solide par le petit conduit des granulations accessoires qui sont elles-mêmes adhérentes à la tumeur, d'où difficultés dans la dissection. De plus, le tissu cellulaire sous-muqueux réunissant ces parties est devenu plus dense et plus serré que normalement.

En dehors, ils sont unis à la partie interne de la branche ascendante de l'ischion par les vaisseaux qu'ils reçoivent et ceux qui en partent.

S'ils se sont développés dans le conduit excréteur, ils se confondent avec la face interne de la glande; s'ils se sont développés aux dépens de l'une des gra-

nulations de la glande, ils adhèrent très solidement aux restes du parenchyme glanduleux et on ne saurait les enlever en entier sans emporter une couche plus ou moins épaisse de ce dernier (Huguier).

*
* *

FORME. — A cause des parties molles environnantes, ces kystes peuvent garder un certain temps la forme sphérique ou ovalaire ; plus tard, il se produit des prolongements allant dans différents sens, surtout le long des parois du vagin et du rectum.

Dans les cas où quelques granulations sont seules kystiques, on a décrit des kystes en chapelet, kystes en rosaire (Boys de Loury), des kystes en grappe (Huguier).

Par altération primitive des conduits des acini, Huguier a rapporté le cas d'un kyste arborescent.

Fano en a signalé un en forme de bissac.

De grands kystes appendiculés de la grande lèvre à contenu muqueux ou séreux, souvent de couleur brunâtre, à paroi épaisse et à épithélium peuvent aussi appartenir à cette glande, dit Klob (1), tandis que Klebs (2) ajoute que toutefois la preuve exacte en est encore à faire.

*
* *

VOLUME. — Ces tumeurs, dès le principe, sont du volume d'un petit pois ou d'un gros œuf de poule ; les

1. Klob. Path. anat. d. Weibl. sexualorgane. Wien, 1864.

2. Klebs. E. Handb. d. path. anat. Berlin, Bd. I, abth. 1, 1869. — Bd. I, abth. 2, 1876.

plus volumineux que nous ayons observés égalaient la grosseur d'un œuf de poule ; jamais nous n'avons vu prendre de volume assez considérable pour amener par distension l'inflammation ou l'ulcération de la peau (Huguier).

La généralité des auteurs s'accorde sur la grosseur d'un œuf de poule. Paget déclare qu'ils peuvent parfois avoir la capacité d'une pinte.

Si la tumeur est développée dans la glande même, dit Le Dentu, elle peut atteindre une grosseur énorme. Certains kystes s'étendent si loin dans le bassin qu'on peut se demander, dit Emmet, s'ils ont quelque rapport avec les glandes labiales. C'est pourquoi Lotze croit que, quand on trouve un kyste atteignant la grosseur d'une tête d'enfant, il a une autre origine.

C'est un fait connu de tous que les kystes de la glande de Bartholin peuvent grossir au moment des règles. Parent-Duchâtelet (1) avait aussi remarqué que « des prostituées présentaient dans l'épaisseur des grandes lèvres des tumeurs à liquide albumineux très épais, qui se tuméfiaient à chaque époque menstruelle. »

*
* *

MARCHE, SYMPTOMES. — Boys de Loury qui paraissait ignorer l'existence de la glande de Bartholin a cependant parfaitement décrit les symptômes de ses kystes.

1. Parent-Duchatelet. La prostitution dans la ville de Paris 1857, p. 233.

C'est Huguier qui a traité magistralement la question : ces tumeurs naissent sans cause bien évidente, à l'insu de la personne, d'une manière lente et insensible. Comme il y a très peu de troubles fonctionnels et pas constants, les malades ne s'en aperçoivent qu'avec un volume assez considérable pour déformer la vulve, créant une certaine gêne, embarras, malaise ou sentiment de distension. Il peut alors arriver qu'elles gênent les rapports sexuels, les rendent pénibles quelquefois douloureux, comme il peut se faire que malgré tout il n'y ait aucune incommodité et alors fréquemment les malades ne s'en doutent pas ; c'est que quelquefois il n'y a pas de signes extérieurs à l'aspect, il faut de l'attention, et le palper est nécessaire pour les découvrir ; ils peuvent même n'être découverts qu'à l'autopsie, à la dissection.

Par leur volume ces tumeurs peuvent plus ou moins s'opposer à l'écoulement des règles, apporter de la gêne à la miction, à la marche, créer des difficultés pour s'asseoir dans la position ordinaire et empêcher de croiser les genoux.

Huguier a décrit deux périodes :

Première période. — Les organes génitaux ont l'apparence saine, la malade n'éprouve tout au plus que de la gêne dans la marche ou au moment de la menstruation ou dans les rapports.

Le kyste est sensible seulement pour le chirurgien : l'index introduit dans le vagin, le pouce dirigé dans le fond du pli génito-crural, on palpe toutes les parties molles depuis le haut de la branche ascendante de l'ischion jusque vers la partie antéro-latérale du périnée ;

c'est alors que, vers la base de la lèvre, au niveau de l'extrémité inférieure du vagin, on sent une petite tumeur de 5 à 15 millimètres; plus petite elle échappe à la palpation; plus volumineuse elle fait assez saillie pour être aperçue en écartant les lèvres.

Quel que soit son siège, ce kyste est parfaitement arrondi, adhérent à la glande, mobile avec la glande, attaché médiatement à la branche de l'ischion par un pédicule étroit et extensible, résistant, élastique, non fluctuant, très rarement douloureux spontanément ou à la pression.

Deuxième période. — Le volume du kyste déforme les parties, il est accessible à la vue.

Le kyste est alors moins régulièrement sphérique ou on a affaire à une personne maigre ou à large bassin ; si la femme a beaucoup d'embonpoint il est allongé d'avant en arrière.

S'il y a deux kystes, un de chaque côté, ceux-ci se trouvant en des points diamétralement opposés se rencontrent par leur surface interne, et du fait de la compression des cuisses ils s'aplatissent et se développent en avant et en arrière: alors ils font une saillie obronde à grand diamètre suivant celui de la lèvre.

Si le kyste s'est développé dans l'épaisseur des parties, la surface de la tumeur étant soumise à la réaction des divers tissus, résistance et élasticité, ce kyste n'offrira pas la même régularité.

Si le kyste a le volume d'un œuf ou le dépasse, il offre des prolongements soit vers le vagin, soit vers le rectum, dans l'intervalle cellulaire latéral à ces conduits.

Les deux tiers de la lèvre et de la nymphe sont effacés par la distension ; ces parties sont saines mais plus pâles, elles glissent sur la surface du kyste excepté en dedans où la muqueuse est adhérente.

A la palpation on sent une tumeur à consistance uniforme, élastique, fluctuante, souple et douce ou dure et résistante suivant l'épaisseur des parois et la distension par le liquide contenu, indolore à la pression ; quelquefois on sent des nodosités à cause de petits kystes annexés.

On a remarqué que les kystes augmentent à l'époque des menstrues, ils diminuent ensuite pour revenir à l'état antérieur ou restent légèrement plus volumineux ; ils augmentent aussi après les excès de fatigues ou les excès sexuels ; ils grossissent souvent assez rapidement après la ménopause. Ces augmentations de volume s'accompagnent ou non de douleur ; mais généralement l'accroissement est fort lent et se fait presque à l'insu de la malade.

L'observation extérieure ne donne pas exactement la grosseur du kyste et n'indique pas son développement.

Doléris a observé un petit kyste qui a persisté pendant quatre ans et deux grossesses sans nulle variation de volume et sans altération du contenu qui est resté transparent.

Leur durée est fort longue : Boys de Loury en a cité un qui avait plus de 20 ans ; Velpeau a parlé de 15 à 20 ans ; Huguier en a vus de 10 à 15 ans ; Bergh en a signalés de 10, 15 et 25 ans.

∴

KYSTE DÉVELOPPÉ DANS LE CONDUIT. — Parfois, dit Huguier, le kyste est formé aux dépens du canal excréteur, il s'aperçoit plus facilement à cause de sa position superficielle, il provient de ce que l'orifice est naturellement ou accidentellement oblitéré. Il dure, en général, peu de temps en cet état de simplicité. Ce cas où le conduit est le siège unique de l'affection ne serait pas rare ; pour Mourey, Raffalli, Bergh, Petit, c'est le cas le plus fréquent. Tout le monde s'accorde à trouver que le kyste du conduit excréteur est celui qui déforme le plus la vulve. Son grand diamètre est à direction transversale suivant le conduit excréteur, il est souvent possible de reconnaître la glande elle-même refoulée à la face externe, sur un point de la circonférence du kyste, mais il serait rare (Leroux) que la glande soit indemne lorsque son canal excréteur ou une de ses granulations est le siège d'un kyste. Ce kyste très superficiel, transparent, siège à la base de la petite lèvre, sous une muqueuse saine (Bonnet).

C'est l'avis presque général que par pression on voit souvent sourdre un liquide clair, limpide, transparent, visqueux. A certains moments (règles) l'augmentation du kyste peut être assez considérable pour désobstruer l'orifice par distension des parois et pression du liquide, il se vide, même disparaît pour quelque temps.

Pozzi ne voulant pas reconnaître la classification de Huguier a voulu considérer deux types cliniques ; du

kyste du conduit il en a fait un kyste superficiel : la tumeur est généralement plus petite, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, siège à la base de la petite lèvre qu'elle déplisse, fait saillie sur la muqueuse du vagin, paraît placée immédiatement sous la muqueuse qui glisse sur elle; on peut assez souvent percevoir de la transparence, quelquefois l'orifice du conduit reste perméable.

*
* *

KYSTE DÉVELOPPÉ DANS LA GLANDE. — Le plus souvent, dit Huguier, la maladie siège dans l'une des granulations de la glande, et cette granulation plus ou moins dilatée a perdu toute communication avec le conduit excréteur ; quelquefois quatre ou cinq granulations se trouvent dans ce cas.

Le lieu de formation du kyste, soutient Recklinghausen, se fait où afflue la sécrétion, c'ést-à-dire à la partie hilaire de la glande, là où plusieurs branches des acini se fusionnent en un canal excréteur commun (comme le prouve le mode ramifié), parce que là encore la paroi du canal est aussi plus souple, étant située dans un tissu conjonctif lâche, et n'est pas aussi résistante que dans les endroits où le canal a atteint le tissu épais de la muqueuse. Même dans les kystes multiples les plus petits, mais seulement dans les cas où ils possèdent une paroi propre, on peut démontrer qu'ils sont formés par la dilatation des canaux muqueux communs et non par dilatation des tubes glandulaires.

Sur trente-quatre cas, écrit Huguier, un kyste s'étant

développé dans l'une des granulations les plus externes de l'extrémité ischiatique d'une glande volumineuse, était situé en partie dans la portion antérieure et latérale droite du périnée, vers le milieu d'une ligne tirée de l'anus à la tubérosité ischiatique.

Pour Hildebrandt (1), les kystes sont plutôt la conséquence d'une obturation des petits canaux excréteurs à l'intérieur de la glande qu'une oblitération du canal principal ; dans cette dernière affection il y aurait inflammation et perforation de ce canal avant qu'il y ait retention apppéciable dans la glande même.

On admet ici, avec Broca, qu'un obstacle à l'écoulement du produit glandulaire permet la dilatation du conduit excréteur, dilatation gagnant de proche en proche les ramifications du conduit principal, puis les acini glandulaires eux-mêmes : ainsi se trouverait formée la paroie kystique. La dilatation, dit Kirmisson, porte seulement sur un conduit excréteur secondaire, et le kyste est formé par un ou plusieurs acini glandulaires, dilatés.

Dans les kystes des granulations, dit Leroux, la vulve est moins déformée, c'est une tumeur oblongue séparée en deux par le bord libre de la petite lèvre, le pli nympho-labial a complètement dlsparu de même que la caroncule myrtiforme, les poils semblent plus rares sur la tumeur, la petite lèvre effacée semble plus courte que celle du côté opposé, l'extrémité supérieure de la

1. H. Hildebrandt, der. krank. auss. weibl. genit. — Handb. d. allg. u. spec. chir. — Redig. Pitha u. Billroth. Bd 4. abth I. B. art. 8. Stuttgart, 1879. p. 56.. 64.

grande et de la petite lèvre est intacte, la partie inférieure de la grande lèvre est déformée, le kyste est plus profondément situé que celui du conduit : en renversant la lèvre sur le côté externe on voit la tumeur plus saillante sur le côté externe que sur le côté interne et n'obstruant jamais l'ouverture vaginale comme celui du canal excréteur.

Le kyste de la glande n'est autre que le kyste profond de Pozzi, qui, dit-il, est plus volumineux, siège en arrière de la grande lèvre entre l'entrée du vagin et la branche ascendante de l'ischion, soulève à la fois la grande et la petite lèvre, et ici le conduit n'est pas perméable.

Quand à Duncan, il dit n'avoir jamais vu de kystes de la glande et qu'il n'est pas sûr du diagnostic de ceux qu'il a lus, tandis que ceux du conduit ne sont pas rares, ajoute-t-il.

*
* *

KYSTES MULTILOCULAIRES. — Les kystes à plusieurs loges se communiquant ou non sont assez nombreux.

Quand Morgagni (1) écrivait : « Il y avait dans l'épaisseur de cette glande comme pour en représenter la cavité, plusieurs vésicules ou cellules s'ouvrant l'une dans l'autre et abreuvés d'une humeur fluide et limpide » il est évident, déclare Huguier, que dans ce cas, Morgagni a eu affaire à un commencement de kyste multiloculaire de la glande qu'il a méconnu et pris

1. Morgagni, Adversar. anatomica I. Bononiae, 1706, p. 42.

pour un état normal C'est aussi ce que pense Hænsel.

« J'en ai rencontrés qui formaient un chapelet de plusieurs kystes s'étendant dans toute la longueur du vagin », écrit Boys de Loury.

C'est probablement l'espèce ramifiée, fait remarquer Huguier, dans laquelle plusieurs granulations sont isolément dilatées par le mucus accumulé.

Cette disposition en chapelet, ajoutent Martin et Léger, sans être fréquente, n'est cependant pas rare, nous l'avons vue plusieurs fois.

Boys de Loury cite un cas où « deux kystes étaient accolés l'un à l'autre ; l'extrémité de l'un paraissait à la grande lèvre et l'autre remontait le long du vagin ». Il ouvrit le premier qui était seul apparent, il s'en écoula une humeur aqueuse ; plus tard, il aperçut un petit orifice qui en occupait le fond et qui conduisait dans l'autre kyste plus volumineux.

« Chez l'une des malades, il y avait deux tumeurs situées l'une devant l'autre ; la plus reculée était très voisine de la branche ascendante de l'ischion » écrit Vidal de Cassis.

A propos de ces cas de Vidal de Cassis et de Boys de Loury, Huguier fait remarquer qu'il est probable que, dans ces deux observations, il s'agit sans aucun doute d'un kyste ramifié, à la suite d'un kyste du conduit : la tumeur antérieure et inférieure était formée par le conduit et la tumeur supérieure et postérieure par l'une des granulations de la glande.

Il dit aussi que, comme Boys de Loury, il a rencontré un cas de ce genre chez une opérée par ponction,

huit mois auparavant, d'un kyste du conduit ; ce kyste avait non seulement récidivé, mais était accompagné du développement d'un kyste dans l'une des granul ations glanduleuses qui, dilatée du volume d'un grain de raisin, pénétrait pour ainsi dire le kyste du conduit de dehors en dedans.

L'observation XV de Huguier est un kyste multiloculaire. Il dit aussi avoir enlevé, le 12 mars 1845, une portion d'une glande gauche formée d'un amas de petits kystes muqueux dont le plus développé avait le volume d'un grain de cerise.

Ces kystes sont généralement arrondis, sphériques ou ovoïdes parce qu'ils sont uniques ou multiples sans communication. La consistance souple, douce et uniforme des parties molles voisines leur permet de conserver pendant un certain temps la forme sphérique ou ovalaire qu'ils ont la plupart dans le principe. Cette forme ne s'altère que lorsqu'ils ont acquis un volume assez considérable ; alors ils se laissent dilater et envoient des prolongements vers les parties qui leur offrent le moins de résistance, ils tendent à remonter le long des parois du vagin et du rectum, dans l'intervalle triangulaire que l'on trouve sur les parties latérales de ces canaux. Assez souvent la cavité de ces tumeurs présente un appendice caudal qui se prolonge aux dépens du conduit jusqu'à son orifice oblitéré. Tel kyste qui paraissait parfaitement circulaire à l'extérieur était irrégulier dans l'épaisseur des parties.

Lorsqu'ils se sont développés dans des grains glanduleux écartés les uns des autres, il n'est pas rare d'en

observer qui aient une forme en bissac, appendiculée ou rameuse suivant que le conduit et quelques granulations qui communiquent avec lui se sont dilatés à la fois ou que deux granulations voisines rattachées l'une à l'autre par la petite portion de leur voie excrétoire se sont agrandies (Huguier).

*
* *

KYSTES DES GRANULATIONS ACCESSOIRES. — Un cas de kyste d'un lobule accessoire de la glande vulvo-vaginale, aurait pu être pris très facilement pour un kyste muqueux folliculaire profond des parois du vagin, dit Huguier.

Sur trente-quatre malades, cet auteur a vu chez l'une un kyste qui, s'étant développé dans les granulations accessoires de la glande, s'était porté, à mesure qu'il avait augmenté de volume, sur la ligne médiane, le long du bord interne de la branche ascendante de l'ischion au point d'arriver sous l'urèthre.

C'était à un kyste d'une glande vulvo-vaginale accessoire qu'avait eu affaire Kaltenbach.

Le kyste décrit par Werth, et qu'il suppose devoir avoir pour origine un amas épithélial aberrant, est plutôt d'origine bartholinique comme le pense Bluhm. Ce dernier croit encore qu'il en est de même de la tumeur décrite par Gebhard : ce sont des glandules accessoires de Bartholin qui sont devenues kystiques.

Des kystes profonds du tiers inférieur du vagin peuvent se développer aux dépens d'une ou plusieurs des petites glandes secondaires disséminées. En effet, dit

de Sinéty, dans des cas de ce genre, on est frappé de l'épaisseur des tissus qu'il faut diviser pour arriver jusqu'aux parois du kyste.

Il résulte, écrit Fredet (1), que des kystes naissent indubitablement dans ces acini aberrants de la glande de Bartholin ; cette troisième catégorie de kystes glandulaires mérite le nom de « kystes de la glande vulvo-vaginale aberrante ».

*
* *

SIÈGE. — En somme, ces tumeurs a dit Huguier, occupent un siège presque constant, mais n'ont point une position identiquement semblable. Ces kystes occupent les extrémités du diamètre transversal de l'entrée de la vulve et le point d'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la grande lèvre, mais pas à la même profondeur, ni à la même distance de la ligne médiane.

Hœning a vu un kyste siéger pour la plus grande partie entre la paroi gauche du vagin et du bassin, il était très peu situé dans la petite et la grande lèvres.

Dobert a vu trois cas où cette poche se continuait très loin de la direction du rectum, entre le vagin et l'S iliaque.

Si le kyste se développe dans les acini extrêmes de la glande, dit Winckel, il peut remonter le long du

1. P. Fredet. Étude anat. s. l'orig. d. kystes du vagin — *Annales d. gyn. et d'obst.*, 1904, p. 154.

bord interne de la branche montante de l'ischion jusqu'à l'urèthre et même au-dessus.

Emmet (1) a remarqué que des kystes de la lèvre s'étendaient parfois en haut à une très grande distance. Il en a cité un qui allait jusque sous les branches du pubis, et en avait vu deux cas, situés à gauche, dont il était impossible de savoir où ils finissaient.

*
* *

PAROI DU KYSTE. — Boys de Loury a écrit, ce que Fabre (2) a recopié, que la paroi était formée d'une membrane lisse, polie, blanche, sans cloison, par son poli et son brillant ayant l'apparence des synoviales et des séreuses ayant dans toute son étendue une épaisseur semblable qui ne dépase pas 2 millimètres;et quelquefois des petits vaisseaux rampant à sa surface.

Huguier a déclaré et tous ont répété depuis que la paroi a une organisation complexe et est constamment composée de deux ou trois membranes superposées.

1° La membrane interne est muqueuse, mince, transparente (Huguier), douce, lisse, luisante (Mourey, Leroux).

2° La membrane moyenne la plus épaisse, est dense résistante, fibreuse, se laissant très facilement distendre (Huguier, Mourey) ; inextensible, (Leroux, Raffalli) ; tissu conjonctif très dense (Raffalli) ; les fibres s'entrecroisent dans tous les sens (Leroux, Mourey).

1. Emmet. *New-York obstetrical Society*, 7 juin 1881.

2. Fabre. Maladies d. femmes, biblioth. du méd. praticien. T I, 1843.

3° La membrane externe variable suivant la partie de la glande ; elle n'appartient pas en propre aux parois du kyste, aussi trouve-t-on des variétés dans son organisation et son épaisseur,

Dans un kyste du conduit cette couche est lamelleuse, filamenteuse, très mince.

Dans un kyste développé aux dépens des granulations centrales de la glande, cette membrane est plus épaisse, formée de tissu homogène grisâtre, sans lamelles, sans filaments : c'est le tissu cellulaire parenchymateux granuleux de la glande.

Dans un kyste formé dans une granulation de la surface, à ce tissu cellulaire parenchymateux, vient se joindre sur le coté du kyste répondant à la périphérie de l'organe la membrane cellulo-fibreuse qui l'enveloppe : c'est pourquoi Huguier ajoute qu'il a trouvé que des parois avaient jusqu'à 3 millimètres d'épaisseur semblant formées dans certains points de quatre couches superposées.

Si les parois étaient ou avaient été enflammées, elles étaient plus épaisses, plus résistantes, et il y avait impossibilité à séparer les membranes qui les composaient (Huguier, Mourey, Raffalli). Ces divisions en plusieurs enveloppes sont toujours plus ou moins factices prétend Sage.

Il peut se produire la calcification de la paroi (Klebs, Kœbner (1).)

Recklinghausen a expliqué ainsi le mode de forma-

1. Kœbner, *Memorabilien Zeitsch. d. Aerzte*, XII, 9, 1869.

tion de la paroi : la continuation de la sécrétion est la cause essentielle mais indirecte de la formation d'une paroi kystique particulière. Dans la première phase, celle-ci est formée simplement par le tissu du canal glandulaire dilaté ; mais quand le kyste augmente de volume et devient gros comme une noisette, la substance préformée de la paroi du canal ne forme alors qu'une partie insignifiante du tissu de la paroi kystique, surtout si cette dernière est épaisse de 1 millimètre ou même plus, ce qui arrive souvent. Cette consistance de la paroi de kystes analogues a toujours provoqué un doute sur l'étiologie de ces kystes qui résulteraient d'une simple distension d'un tube préformé, étiologie toujours en faveur de l'hypothèse que le kyste dans les glandes était une vraie néoformation.

Cette disproportion, entre la grosseur et l'épaisseur de la paroi, entre les néoformations et les kystes, a fait penser que le canal avait éclaté, que son contenu liquide s'était répandu dans le voisinage et qu'il s'était formée autour de l'épanchement une paroi comme dans les anévrysmes traumatiques. Mais il n'y a aucun fait qui prouverait une telle rupture, une telle formation d'une cavité kystique. Par contre, d'après ses recherches, Recklinghausen croit que la paroi s'est formée, pour la plus grande partie, aux dépens du tissu voisin, en partie aussi par néoformation, mais tout cela très lentement, s'accroissant petit à petit plutôt à la façon d'un anévrysme vrai que d'un anévrysme traumatique. Les phases de cette formation sont les suivantes : la paroi de tous les kystes examinés montrait, en général,

une disposition lamellaire des couches résultant naturellement de la disposition horizontale du tissu conjonctif tassé ; là, où la paroi kystique était plus consistante, on voyait des trabécules d'une substance fibreuse brillante, traversés alternativement par des couches de fibres élastiques fines et alternativement lâches. Comme la néoformation de fibres élastiques dans les processus pathologiques simples, ce qui est le cas de l'inflammation, est un fait assez inconstant, on doit conclure qu'elles étaient ici préformées. Comme les couches étaient riches en fibres élastiques fines, elles ne peuvent provenir de la paroi préformée du canal glandulaire, non plus que de la paroi glandulaire seule ; il faut les regarder comme le reliquat naturel des fibres élastiques qui traversent normalement le tissu conjonctif voisin. Il faut considérer aussi les ramifications nerveuses qui sont relativement grosses comme provenant du voisinage, non comme des néoformations mais comme des filets nerveux préformés.

Ce qui prouve encore que la paroi kystique s'est formée aux dépens du tissu voisin, c'est la relation constante de la glande correspondante avec la paroi kystique. Tandis que cette dernière paroi kystique était en relation légère avec le tissu conjonctif enveloppant, mais partout isolable, on trouvait toujours du côté glandulaire du kyste des places où on ne reconnaissait pas, même au microscope, à proprement parler une couche propre de la paroi et où à l'œil nu on reconnaissait la substance glandulaire dans un état épaissi. On peut expliquer cette relation en disant que la glande

était attirée dans la tunique propre du kyste. Si d'après cela, on admet que la paroi kystique est principalement formée aux dépens du tissu tendu et aplati de son voisinage immédiat, on peut, d'autre part, facilement prouver qu'il y a dans la paroi des productions indépendantes ou si l'on veut des néoformations qui prennent une très grande part à la constitution de cette paroi.

*
* *

SURFACE INTERNE. — La surface interne est lisse, polie, luisante, et le plus souvent régulièrement concave si le volume ne dépasse pas celui d'une noix ou d'une petite pomme ; dans le cas contraire il n'est pas rare d'y rencontrer des cloisons, des éperons, des appendices de forme variable soit parce que des granulations voisines se sont laissées dilater, soit parce que deux kystes ont fini par se confondre.

Si on a affaire à un kyste du conduit excréteur, son extrémité vulvaire offre ordinairement un petit enfoncement répondant à l'orifice excréteur oblitéré ; son extrémité externe ou glandulaire montre deux, trois ou quatre petites ouvertures qui conduisent immédiatement dans l'épaisseur de la glande accolée à cette portion du kyste (Huguier). Cullen a signalé deux cas où : dans le premier il y avait plusieurs dépressions semi-lunaires donnant communication avec d'autres dilatations kystiques ; dans le deuxième il y avait des petites ouvertures rondes ou semi-lunaires donnant accès dans des kystes des conduits secondaires. Jamais, dit Huguier, cette surface n'offre de grumeaux sanguins ;

des couches fibrineuses ne s'y surajoutent ni ne la doublent.

Werth a signalé deux cas où, sur la surface pariétale, on remarquait de petites excroissances : dans le premier cas, cette élévation était grisâtre, de la grosseur d'un pois ; elles ont été reconnues au microscope comme appartenant à la glande. Dubar a aussi trouvé sur la paroi une petite proéminence qui, histologiquement, a été reconnue comme étant la glande profondément modifiée. Ferroni, dans trois observations, a signalé également des nodules pariétaux jaunâtres ou rougeâtres qui n'étaient autres que la glande.

*
* *

HISTOLOGIE DE LA PAROI. — Depuis Huguier, 1846, époque où l'examen histologique fut pratiqué par Ch. Robin, il s'écoula un long temps avant que rien de nouveau ne fût indiqué ; d'ailleurs comme le disait Raffalli l'histologie en est impossible s'il y a eu inflammation du kyste.

Voici le bilan de vingt-six études histologiques de la paroi puisées dans divers auteurs : la partie interne de la paroi, celle qui est en contact avec l'épithélium est formée de tissu connectif lamelleux (Lagrange), à fibres s'entrecroisant en tous sens (Huguier, Recklinghausen), fibro-élastique compact (Huguier 4 cas, Ferroni, Cl. Martin, Dobert, Bonnet) pouvant facilement se séparer en plusieurs membres (Hænsel).

La partie externe est constituée de tissu lâche (Hu-

guier) et est plus riche en fibres élastiques (Ferroni, Pilliet) ; elle renferme des vaisseaux volumineux en assez grande quantité (Dubar, Bonnet) ; et quelques leucocytes (Ferroni, Cl. Martin Müller Hænsel) ; quelques vaisseaux de petit calibre (Lagrange). On y signale des faisceaux de fibres lisses (Lagrange, Cullen ; 2 cas), et quelques fibres striées (Ferroni, Cl. Martin) Surtout à la limite de l'épithélium on y remarque des vaisseaux de petit calibre et beaucoup de leucocytes (Ferroni, Duchateau). Duchateau trouve la paroi formée à sa partie externe de tissu conjontif jeune à cellules fusiformes ou à prolongements multiples avec entre elles des fibrilles et des vaisseaux volumineux en grande quantité.

Dans la paroi se trouvent des tubes glandulaires (Ferroni), des vestiges de culs-de-sac glandulaires Dubar, Recklinghausen, Lagrange) ; Cullen a trouvé cinq cas dans lesquels la paroi renfermait des granulations de la glande et trois cas où la glande comprimée était refoulée à un bout de la paroi ; on y rencontre aussi des espaces clos revêtus d'épithélium caliciforme, haut, très clair, gros noyaux à la base (Cl. Martin) ; certains lobules avec cellules muqueuses, d'autres avec de très petites cellules cubiques, ce n'est plus que le squelette de la glande atrophiée (Pilliet) ; des tubes glandulaires comprimés à épithélium cylindrique (Dobert, Hænsel).

Quant à l'épithélium de la poche, sur vingt-quatre observations nous trouvons que : dans son cas, Castelli

le déclare analogue à celui du canal déverseur ; Dobert, dans un cas, affirme que la face interne de la poche est nue, sans épithélium ; Bonnet, dans un kyste du canal excréteur, dit qu'il y a une couche incomplète de cellules en dégénérescence colloïde ; Franco écrit, qu'au-dessus de l'obstacle, les canaux sont dilatés et leur épithélium a disparu par chute mécanique ou par voie de nécrose ; il n'existe pas d'épithélium continu du moins revêtant la cavité kystique. La paroi interne est unie ou pourvue de lamelles épidermiques sans épithélium vibratile (Huguier). L'épithélium est à une seule couche de cellules plates polygonales (Recklinghausen) ; la paroi interne est formée de débris d'épithélium à cellules pavimenteuses (Malusardi) ; d'une couche d'épithélium aplati (Werth, Klob, Dobert) ; d'une couche d'épithélium cubique, à cellules basses, à noyaux très apparents avec, par places, des bouquets de cellules cylindriques plus hautes (Cl. Martin) ; épithélium cubique (Sage) ; d'une couche d'épithélium cylindrique aplati (Recklinghausen) ; d'une couche d'épithélium cylindrique (Lagrange, Dubar).

Pilliet, en 1893, présente la coupe d'une pièce sans renseignements sur son origine, et sur la figure jointe à la description, l'épithélium de la poche est cylindrique et haut.

Il est à une seule couche de cellules cylindriques, légèrement exfolié (mais à deux rangs avec cellules caliciformes et noyaux à la base au voisinage d'un nodule ; dans un autre cas à nodule le rang superficiel lait formé de mêmes cellules caliciformes, l'autre rang

était constitué de cellules cubiques). (Ferroni 2 cas).

L'épithélium était pluristratifié cylindrique (Ferroni 2 cas); il était à dix ou douze couches de cellules allongées (Duchateau); il était pluristratifié avec : 1° couche superficielle pavimenteuse ; 2° couche cylindrique ; 3° couches épaisses de cellules rondes (Müller); épithélium à plusieurs strates : 1° la couche superficielle formée de cellules cylindriques à renflement sphérique; 2° des couches de cellules germinatives (Recklinghausen 1 cas) ; épithélium pluristratifié : une à dix couches de transition, la plus superficielle était ciliée (Cullen); il y avait un épithélium pavimenteux stratifié et un épithélium cylindrique à cils vibratiles (Lagrange); l'épithélium est généralement cylindrique, quelquefois il y a des cils vibratiles, plus rarement il est pavimenteux (Raffalli).

La paroi du kyste du conduit principal varie suivant la situation du point d'occlusion : si celui-ci est derrière le vagin, la paroi sera tapissée d'un grand nombre de couches de cellules épithéliales écailleuses; alors que s'il se trouve près du corps de la glande, ce sera un épithélium de transition. En plusieurs endroits, la surface interne du kyste aura un revêtement de cellules cylindriques genre haut ou cubique, ce qui est dû au développement des glandules s'ouvrant sur le parcours du conduit.

La paroi interne des kystes des conduits secondaires ou des conduits terminaux est composée, en certains points, d'un épithélium de transition et, en d'autres points, d'une couche de cellules cylindriques (Cullen).

L'étude des excroissances pariétales rencontrées sur la face interne des kystes a donné les résultats suivants : Dans un cas Werth a trouvé l'excroissance composée de tissu conjonctif avec lacunes remplies de tubes glandulaires tapissés d'un épithélium cylindrique assez haut, avec noyaux en palissade, devenant petit à petit pavimenteux ; dans un autre cas l'excroissance formée de tissu fibreux assez lâche se composait de papilles et de tubes glandulaires plus ou moins dilatés, néoformés, dit-il, à épithélium aplati.

Ferroni, dans un cas, a rencontré un nodule dur ; dans un second cas le nodule renfermait un épithélium à grandes cellules à noyaux en dégénérescence ; dans un troisième cas le nodule contenait un épithélium cylindrique, avec quelques cellules caliciformes et noyaux à la base.

Dubar, dans une pareille observation d'un nodule dur constatait des culs-de-sac à épithélium cylindrique ; c'était la glande profondément modifiée.

En somme, dans les kystes la glande peut ne pas être touchée et rester saine ; d'autres fois elle est, comme le conduit, également malade : enflammée, engorgée chroniquement, hypertrophiée, ou plus ou moins atrophiée par compression, enfin elle peut être presque entièrement dégénérée en tissu fibreux (Huguier).

Barnes croit que le tissu glandulaire subit une atrophie ou une dégénération plus ou moins étendue ; c'est ce que disait Jarjavay : lorsque l'oblitération des canaux est complète force est bien au liquide de stagner dans les premières voies ; de là un gonflement, une perspira-

tion, une inflammation de la glande et plus tard l'atrophie. Pour Recklinghausen il faut avec l'obstruction, que la sécrétion continue et que le tissu glandulaire reste normal pour pouvoir sécréter ; ce n'est que plus tard que l'état morbide s'empare de l'organe et entrave la fonction.

Huguier dans son observation XXIX a dit que la couche interne présentait une multitude de petites saillies irrégulières. L'épithélium cubique à une seule couche présentait par places des bouquets de cellules cylindriques plus hautes donnant l'aspect verruqueux, écrit Cl. Martin ; la paroi du kyste est inégale au microscope avec saillies irrégulières (Leroux) ; l'épithélium est à plusieurs couches avec un nombre exagéré de papilles (Hænsel) ; la face interne de la paroi a une structure papillaire (Müller) ; l'épithélium pluristratifié du sac présente en un point une papille (Ferroni cas III) ; la surface est verruqueuse à cause des papilles (Pilliet) ; il y a de grosses papilles sur la surface épithéliale du kyste (Recklinghausen, cas I).

*
* *

CONTENU. — Le contenu a généralement une consistance onctueuse, visqueuse. L'aspect peut être aqueux, séreux dans les kystes anciens ; ressembler à du blanc d'œuf, à une gelée ; même à du petit lait (Huguier) ou à de la matière fécale fluide (Paget).

La couleur varie considérablement : transparente, incolore ; séreuse comme dans les hydrocèles (Scanzoni, Petit) ; elle peut être aussi jaunâtre, verdâtre,

brunâtre, noirâtre ; lie de vin (Mauriceau) ; analogue à de la matière fécale (Lebert, César Hawkins) (1).

Généralement inodore, il peut cependant avoir une odeur pénétrante (Valenta) ; même une fétidité extrême (Parent-Duchâtelet).

Son goût est insipide (Huguier, Leroux, Raffalli).

Sa quantité va de quelques gouttes à peine à 30 grammes (Leroux).

On y trouve des globules muqueux, ce sont des leucocytes, dit Robin, dont on a voulu faire une espèce à part ; des globules rouges, du pigment, des granulations, des globules de pus, des globules de graisse, des cristaux d'acides gras ; de l'albumine (Ferroni, Cl. Martin).

Le liquide est insoluble dans l'eau, dans l'alcool (Huguier, Dubar) ; coagulable dans l'acide nitrique (Huguier, Mourey), par l'alcool fort (Cl. Martin) ; ne coagule pas par la chaleur (Huguier, Dubar), ni au repos (Ferroni) ; ne précipite pas par l'acide acétique (Dubar) ; soluble dans les acides minéraux (Dubar), dans l'ammoniaque (Dubar), dans l'éther (Lagrange), dans l'essence de térébenthine (Lagrange), dans les liquides alcalins, solutions de potasse et de soude, d'où les acides et le tannin le précipitent (Huguier).

La réaction est alcaline (Huguier, Dubar, Ferroni) ; neutre (Stocquart) (2).

Exposé à la chaleur et au grand air, sa sérosité se volatilise, il se dessèche devient cassant, translucide,

1. César Hawkins. *Médical Gazette*, XXI.

2. Stocquart. *Journ. d'accouchement*, mai 1891, p. 105.

et mis au contact de l'eau il l'absorbe, se gonfle, reprend ses premiers caractères. Ce liquide diffère donc essentiellement de celui que renferment les véritables kystes séreux (Huguier, Mourey).

La nature du contenu est très variable et ne permet pas une classification des kystes a écrit Virchow.

C'est que dans l'évolution du kyste des cellules épithéliales se détachant de la paroi, il se fait une métamorphose graisseuse ou une liquéfaction, on trouve des noyaux libres, et si la désagrégation continue il se forme des grains gélatiniformes (Raffalli, Hildebrandt, Klebs) et lorsque le kyste remonte à plusieurs années il est rare qu'il n'ait pas subi la transformation fibreuse (Leroux). Boys de Loury avait déjà dit que rien n'est plus variable que la nature des matières que ces kystes renferment ; Sédillot avait démontré qu'il pouvait en résulter des produits extrêmement dissemblables dont l'épanchement primitif aurait été le point de départ. La question a été définitivement tranchée quand Virchow (1) eut magistralement exposé ces modifications dans la substance des kystes.

On a rencontré des calculs dans les kystes de la glande de Bartholin, bien que dit Scott, les calculs de kystes qui sont formés de la matière sécrétée par la glande soient très rares. Boys de Loury mentionne un kyste à forme fibreuse à l'intérieur duquel on trouva des

1. R. Virchow. *Path. des tumeurs*. Trad. de l'allem par P. Aronssohn, 1867.

disques gypseux ; Lawson Tait a opéré un calcul de ce genre.

Hallée, en 1898, dans un kyste chronique très ancien, à contenu chocolat, d'aspect graisseux, non fétide, ne trouva aucun organisme. Doleris et P. Petit pratiquant un même examen ont à leur tour constaté l'absence de tout microbe. Cl. Martin dans une expérience a ensemencé le contenu qui n'a pas cultivé. Toutefois Hænsel déclare avoir une fois constaté des bactéries.

*
* *

CAUSES. — Huguier croyait les femmes à cheveux blonds ou rouges plus prédisposées ; il accusait les flueurs blanches dont sont si souvent sujettes les femmes lymphatiques. Doléris dénonçait la constitution arthritique et croyait plus qualifiées les femmes à grande excitabilité génitale. Toutes les maladies de l'appareil génital ont été également suspectées.

Pour Martineau la machine à coudre exerçait son influence par un traumatisme en quelque sorte professionnel; pour Huguier l'état de couture, en maintenant l'ouvrière longtemps assise, échauffait puis irritait les organes ; il incriminait les métiers pénibles. Leblanc faisait remarquer que l'origine du mal (la bartholinite que l'on accusait) devait être bien étrangère à l'état professionnel des malades.

On a fait intervenir le défaut de soins hygiéniques, la masturbation, les dystocies. On a voulu voir une coïncidence chez certaines femmes affectées de lésions chroniques tubo-ovariques (Bonnet, Doléris).

Le traumatisme a été invoqué : Franco (1), Goodell (2), Miller (3). Tous les auteurs s'accordent à considérer les excès de coït comme la principale cause ; surtout si l'abus a lieu après les règles, ajoute Huguier.

Vidal de Cassis, Boys de Loury ont prétendu que l'abcès pouvait se transformer en kyste ; Huguier a combattu cette idée et Mourey l'a suivi : c'était, dit-il, des kystes dès le début dont le contenu seul avait changé. Virchow en expliquant les transformations que pouvait subir le contenu semble également soutenir l'opinion de Huguier. Toutefois Aubenas ne croit pas devoir rayer ce mode de formation ; Veit, Faguet (4), sont pour ; Velpeau, Bonnet, Dujon sont contre.

Quand Nœggerath (5), en 1872, avec toute son autorité prétendait 80 0/0 des hommes atteints de blennorrhagie et que Schwartz (6) estimait 1/8 des femmes de sa consultation également dans ce cas, Saenger (7) su-

1. Franco. Contr. à l'étude des bartholinites, *Thèse 534*, Paris. 1900.

2. W. Goodell. Lessons of gynoec., Philadelphia, 1887, p. 88.

3. C. Miller. Infl. of the gl. of Bartholin. *New-York med. Journ.*, 1905, 1er sem., t. 81.

4. C. Faguet. Abcès des gr. lèvres et de la gl. vulvo-vaginale. *Thèse, Paris*, août 1857, nº 168.

5. E. Nœggerath. Die latente gonorrhoe im weibl. geschl. Bonn, 1872.

6. E. Schwarz. Die gonorrh. infekt. beim Weibe. *Samml. Klin. Vorh. von.* R. Volkmann (partie de la gynécol., nº 78), nº 279, p. 2003. Leipzig, 1886, juillet.

7. Saenger. Die tripperausteckung beim Weibl. geschl. Leipzig, 1889.

Blenn. chez la femme. Comm. à la med. gesellsch. de Leipzig. Trad. Labusquière, *Ann. de gyn.*, 1890, t. 33, p. 130.

bissant certainement cette influence déclarait alors que les kystes de la glande de Bartholin, produits par l'oblitération du canal excréteur consécutive à un catarrhe, étaient toujours d'origine gonorrhéique. Cette opinion a été généralement admise par la suite. Mais Verchère (1) n'a pas voulu souscrire à cette généralisation étiologique et Sage fit observer que si cela était généralement exact, on avait cependant trouvé des kystes muqueux chez des petites filles et qu'il était permis de croire que les glandes de Bartholin ne sont pas à l'abri de l'infection par d'autres microbes que le gonocoque.

La transformation des bartholinites en kystes est très rare, mais possible, dit Franco, qui n'a pu relever que 2 cas sur 123 malades. Bergh sur 17 cas de kystes a prétendu que 10 étaient des restes de bartholinites.

On a alors recherché le gonocoque. Kaestle (2) chez deux filles publiques atteintes de kyste du conduit, dont l'une avait été traitée un an auparavant pour bartholinite abcédée, n'a pas trouvé de gonocoques dans le contenu de ces kystes examiné à deux reprises. Mais, a fait remarquer Leblanc (3), le gonocoque peut avoir disparu même dans le pus de la bartholinite après avoir préparé le terrain au staphilocoque. Herbst (4), dans

1. Verchère. La blennor. chez la femme, 1894, 2 vol.

2. J. Kaestle. Ueber die gonorr. Erkr. d. Bartholin. Drüsen. *Dissert.* Würzburg, 1891.

3. G. Leblanc. Etude bactériol. et anat. path. de la bartholinite. *Thèse*, n° 400, *Paris*, juillet 1895.

4. Herbst. Zur histol. d. gonorrh. Bartholonites. *Dissert.* Leipzig, 1893.

un cas de vaginite blennorrhagique, a trouvé un kyste de la glande contenant des globules de pus et des gonocoques. Bumm (1), de son côté, dit que le gonocoque fait défaut dans les kystes.

En somme, quelle que soit la cause, il en résulte une rétention, un arrêt dans la circulation du liquide, une stagnation, une accumulation avec ou sans épaississement de consistance du contenu et un kyste est formé, qu'il y ait eu une action mécanique directe ou une action réflexe et spasmodique.

Dans un certain nombre de cas le canal n'est pas oblitéré, du moins totalement, puisque la pression fait sourdre le liquide et que le cathétérisme est possible ; aussi a-t-on alors pensé à une modification survenue dans l'acte sécrétoire, à une modification de la cellule acineuse (Bonnet, Heurtaux (2), Barone, Paget, Doléris). On a également parlé de l'épaississement de la sécrétion venant former une sorte de bouchon (Huguier, De Sinéty, Dubar, Pozzi).

En résumé, leur pathogénie est à peu près inconnue déclare Michaux, et sans grandes preuves on a continué à les rattacher à une infection blennorrhagique antérieure ; mais, ajoute Recklinghausen, les gynécologues sont aujourd'hui unanimes à considérer que ces

1 E. Bumm. Die gonorrh. erkrank. d. weibl. Harn. u. geschl. *Handb. d. gyn. redig von* J. Veit. Wiesbaden, Bd I., p. 473, 1897.

2. A. Heurtaux. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, t. 36. 1884. *Tumeurs* ; *id.*, t. 19, 1874. *Kyste.*

kystes sont indépendants des inflammations de la glande.

DIAGNOSTIC. — Dans la littérature combien trouve-t-on de cas où le diagnostic n'a pas été ou n'a pu être exactement établi, comme nous l'avons vu en traitant de l'historique? C'est qu'il est un certain nombre d'affections se rapprochant des kystes de la glande de Bartholin qui pourraient peut-être prêter à confusion.

Tiedemann (1), à l'autopsie d'une femme de 40 ans qui avait eu une inflammation du vagin, a constaté des deux côtés la soudure des conduits excréteurs et leur oblitération ; les lobules des glandes étaient dilatés en grosses cellules et contenaient un liquide rougeâtre et filant.

Et les trois cas cités en note par Cooper ne sont-ils pas des kystes de la glande de Bartholin ? « Tumeur située à la partie interne de la grande lèvre, couleur légèrement bleue par transparence à travers la petite lèvre, tumeur tendue, élastique, sensation obscure de fluctuation, pas de changement à la toux ou à la pression, fluide glaireux. »

N'entre-t-il pas dans notre catégorie, ce cas de Hunter (3): « Kyste de la lèvre gauche, datant de quatre ans,

1. F. Tiedemann. Von den Duverneyschen..... drüsen des Weibs.....Heidelberg, u. Leipzig, 1840, p. 17.

2. Astley Cooper. Œuvres chir. Trad. de l'angl. par E. Chassaignac et G. Richelot, 1837, p. 360 (note).

3. J.-B. Hunter. Cyst of labium. *New-York méd. Journ.* 1881. N.-Y, n. 34, p. 627, Obst. society, juin 1881.

sans aucun inconvénient que la grosseur, s'est vidé plusieurs fois, contenu grumeux et glaireux, tissu du kyste excessivement mince du côté du vagin, dissection difficile, ligature de plusieurs gros vaisseaux en opérant. »

L'observation que Boyer (1) rapporte dans son traité et où il porte le diagnostic d'abcès, n'est-elle pas, en vérité, un kyste du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale comme le croient Mourey, Humbert, Sage : « phlegmon de la grande lèvre gauche, l'inflammation finit par un abcès ; pus ; ponction incomplète d'où réapparition deux mois après ; pendant deux ans il se vida lui-même et se reproduisit tous les deux ou trois mois à l'époque des règles ou à la suite de voyages ; à l'incision, écoulement d'une grande quantité d'un liquipe visqueux, jaunâtre (qui avait beaucoup de ressemblance avec la matière que contiennent certains kystes plutôt qu'avec le pus de phlegmon), il resta une ouverture donnant issue à un peu de mucosité glaireuse. »

N'est-ce pas encore un kyste de la glande vulvo-vaginale, comme le pense Hænsel, que l'observation de Scanzoni (2) « d'une tumeur à la lèvre droite, non fluctuante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, à développement très lent, douleur localisée au kyste pendant

1. Boyer. *Traité des mal. chir.*, publié par Ph. Boyer fils, 1846, t. V, p. 706.

2. F. Scanzoni. *Lehrb. d. krankh. d. weibl. sexualorgan. Wien*, 1863.

le coït, rendu finalement impossible à cause de cela ; à l'ouverture il s'écoule une once de sérosité claire comme de l'eau, le doigt trouve une cavité complètement fermée ; injection d'une solution de nitrate d'argent pendant quatorze jours ; six mois après plus de traces de tumeur. »

Et ce kyste, que Lebert (1) a extirpé du vagin, tout à fait intact, long de 8 centimètres, large de 3 à 5 centimètres, qui à l'ouverture donna un liquide jaune verdâtre, très épais, analogue à la matière fécale et dans lequel on voyait au microscope des granulations sphériques, des cellules épithéliales et des éléments purulents décomposés. Ne vaut-il pas mieux, avec Paget, le considérer comme étant une production de la glande de Cowper, plutôt que de croire avec Winckel à un kyste vrai du vagin sous le prétexte qu'il y aurait impossibilité à énucléer par le vagin un kyste de la glande de Bartholin.

∴

ENGORGEMENT CHRONIQUE, HYPERSÉCRÉTION. — La glande est assez souvent atteinte d'engorgement chronique accompagné ou non d'hypersécrétion qui, plusieurs fois, en a imposé pour un ancien kyste. Cette tumeur est toujours visible surtout extérieurement.

Le kyste a une marche plus lente et plus longue dont la durée est un point de repère ; il est insensible ; sa forme est plus régulièrement arrondie ; sa surface

1. Lebert. *Chirurgie pratique*, 1838, p. 109.

est régulière ; sa consistance est uniforme ; il y a de la fluctuation ; le canal est plus ou moins oblitéré (Huguier).

*
* *

ABCÈS. — Les abcès de la glande ainsi que ceux du conduit ont été souvent pris pour des kystes et réciproquement, car ils peuvent les simuler, le siège et la forme étant les mêmes.

Dans un abcès, il y a démangeaisons au début, rougeur, toucher douloureux, évolution rapide, sensation des battements artériels, douleurs lancinantes avec irradiations dans la cuisse, souvent fièvre.

Dans le kyste il y a fluctuation sur toute l'étendue ou plutôt ils sont plus dépressibles que fluctuants et non seulement au centre comme dans l'abcès ; les kystes sont plus fermes, plus élastiques et ne sont pas accompagnés d'inflammation des parties voisines ; d'ailleurs une ponction exploratrice lèverait les doutes ; et, dans le cas d'un kyste enflammé, les commémoratifs, l'examen du liquide et des parois trancheraient la question. Il suffit parfois d'une pression pour faire sourdre quelques gouttelettes ou même évacuer tout le contenu, c'est là un signe de grande valeur.

*
* *

AUTRES KYSTES. — Ce sont les loupes de Vidal de Cassis, les athéromes de Virchow ; mais ils font corps avec la peau et leur substratum est toujours un follicule pileux (Raffalli).

Macdonell avoue qu'il s'est trouvé en face de tumeurs enkystées des lèvres dont le diagnostic était des plus

difficiles. Toutes les tumeurs faisant saillie dans l'ouverture vulvaire sont susceptibles de jeter dans l'erreur, surtout s'il y a du liquide et de la fluctuation.

Dans les kystes de la glande de Bartholin, dit Huguier, il y a un pédicule les rattachant toujours à la partie interne de la branche ascendante de l'ischion ; et Mourey déclare qu'on peut toujours arriver à sentir ce pédicule.

Les kystes séreux siègent dans le tissu cellulaire de la grande lèvre, dans la moitié antérieure et au niveau de l'anneau inguinal. Le liquide des kystes séreux est tenu, sans cohésion, peu épais, non filant, se coagulant par la chaleur et sans globules muqueux.

Les kystes hématiques sont moins bien délimités ; dans le thrombus il y a au début ecchymose, rougeur, crépitation sanguine ; enfin il y a les commémoratifs.

Mais c'est sous le nom *d'hydrocèle* que s'est produit le plus grand nombre d'erreurs ; l'hydrocèle est un kyste du canal de Nuck ; ce kyste est situé à la partie supérieure de la grande lèvre et serait plus fréquent à droite qu'à gauche d'après Huguier.

Les kystes du ligament rond siègent à la partie supérieure des grandes lèvres. Duplay, à propos d'un cas emprunté, dit-il, à Churchill (qui lui-même l'a pris à Macdonell), croit devoir porter le diagnostic de tumeur du ligament rond, quand il s'agit à notre avis d'un kyste de la glande de Bartholin. Spencer Wells (1) cite

1. Spencer Wells. *Brit. Med. Jour.*, 4 novembre 1865.

le cas d'une tumeur du ligament rond prise par plusieurs chirurgiens pour une tumeur glandulaire.

Les KYSTES DES CANAUX DE SKÈNE (canaux qui s'ouvrent de chaque côté du méat) siègent à la partie supérieure de la grande lèvre.

Les KYSTES DERMOÏDES se trouvent surtout au voisinage de l'hymen ; ils sont rares (trois exemples dans la science suivant Le Dentu).

Zweifel (1) à tort, à propos d'un cas de Köbner où on a trouvé des détritus graisseux et une calcification des parois, s'est cru autorisé à diagnostiquer un kyste dermoïde.

Les KYSTES SÉBACÉS des grandes lèvres se trouvent généralement dans le sillon qui sépare la grande de la petite lèvre.

Mareschal (2) croit qu'on peut souvent se tromper avec les KYSTES DU SAC DARTOÏQUE de Broca (ou sac élastique de Sappey), et il ajoute qu'il est probable que Huguier, qui ne connaissait pas cette disposition de cette espèce de dartos rudimentaire, a plus d'une fois confondu les kystes de cette cavité avec ceux de la glande vulvo-vaginale. Pour Morpain (3) également, les kystes inférieurs de la grande lèvre se forment le

1. P. ZWEIFEL. Die krankh. d. aüsseren weibl. genit. Deutsche chir. herausg. von Billroth und Luecke. Lief 61, Stuttgart, 1885, p. 100.

2. H. MARESCHAL. Abcès de la glande vulvo-vaginale. *Thèse, Paris*, janvier 1873, n° 5.

3. A. MORPAIN. Études anat. et path. des grandes lèvres. *Thèse, Paris*, août 1852, n° 278.

plus souvent dans l'intérieur du sac dartoïque et selon toutes probabilités, ajoute-t-il, par le mécanisme indiqué par Velpeau (1).

Quant aux KYSTES DU VAGIN qui résultent généralement d'une dilatation des canaux de Wolff, il y a pour les distinguer leur siège et la voussure circonscrite à un endroit du vagin, ils y font une saillie à l'intérieur, et la minceur de la muqueuse permet, par transparence, de voir leur contenu clair.

Beaucoup de malades s'imaginent être atteintes *de hernie*, et nombreux aussi sont les cas dans lesquels les médecins ont confondu hernie et kyste de la glande vulvo-vaginale et où on a conseillé ou fait appliquer des bandages; car de l'avis de nombreux auteurs autorisés, Dobert, Beigel, Emmet, Lawrence, Hænsel, à un examen rapide il peut arriver de faire confusion.

En 1721, Mauriceau avait écrit : « Ces sortes de tumeurs font quelquefois appréhender à la femme que ce ne soit quelque hergne, mais elles n'ont aucune continuité jusques à l'aine de la femme comme les hergnes ont toujours. »

Des cas difficiles sont encore ceux où il y a, dit Behrend (3), un kyste et une hernie du même côté, surtout

1. VELPEAU. Recherches sur les cavités closes de l'écon. anim. *Ann. de chir. franç. et étrang.* t. VII, 1843.

VELPEAU. Abcès des gr. lèvres. *Gaz. hôp.*, n° 19, fév. 1856, p. 73 ; *Gaz. hôp.*, t. X, 1848, p. 94.

2. H. BEIGEL. Krankh. d. weibl. geschl. Stuttgart, Bd 2, 1875, p. 594, 710.

3. H. W. BEHREND. *Berner Klinische Wochenschrift.* 7 jahry, 1870, n° 6, V.

s'il y a fusion des deux comme il l'a remarqué une fois. Il faudrait se garder d'enlever la partie fusionnée du kyste à cause du danger que provoquerait l'ouverture de la cavité abdominable.

Il y a donc lieu de ne pas confondre un kyste avec une hernie dans la lèvre de la vulve, ce que Astley Cooper appelait *pudendal hernia.*

Cloquet (1), dans son observation, en avait éclairé le diagnostic : la hernie augmente par la toux, se réduit par le taxis et présente un bruitde gargouillement. Guersant et Lenoir (2) ont déclaré que le diagnotic peut être quelquefois difficile, et c'est ainsi qu'un cas de hernie de l'ovaire dans la grande lèvre s'est présenté à Guersant (3). Et puis il peut y avoir des kystes sacculaires dans de vieux sacs herniaires déshabités.

Quant aux entérocèles irréductibles, elles sont très rares dans cette région et donnent de la sonorité à la percussion, mais la présence, de liquide dans le sac rend le diagnostic assez difficile.

Les épiplocèles irréductibles sont un peu pâteuses, lobulées, il y a perception sous l'impulsion de la toux, on sent un pédicule rattachant la tumeur à la cavité abdominable.

On peut se trouver encore en présence *d'autres tumeurs*, mais généralement on a affaire à une tumeur

1. Cloquet. *Dict. d. sciences méd.*, art. *Vulve*, t. 58, p. 418.

2. Guersant et Lenoir. Hernie de l'ovaire. *Bull. soc chir.*, Paris, t. 2, 1852, p. 127.

3. Guersant. Kyste de la gr. lèvre. *Bull. soc. chir.*, Par is t. 3, 1853, p. 34, 45. *Gaz Hôp.*, 1852, p. 375, 387.

inégale, bosselée, douloureuse à la pression, avec peau non complètement mobile, et des ganglions dans les aines.

L'erreur est facile avec un *fibrome* (Boyer père, Bérard (1), Valenta, Colombat (2)) ; Odebrecht dit qu'on a confondu avec une tumeur fibreuse à ramollissement. La difficulté est assez grande quand la glande de Bartholin est elle-même *atteinte d'un néoplasme,* comme il en a été mentionné à plusieurs reprises : carcinome, adénocarcinome, cystosarcome, fibrosarcome, cylincrome, cystome colloïde.

Il peut aussi n'y avoir qu'une *tumeur variqueuse* de la lèvre, mais ici, la réduction est facile par pression, la tumeur se reproduit lentement de bas en haut dès qu'on cesse la compression ; souvent elle coïncide avec des varices des membres inférieurs.

*
* *

PRONOSTIC, COMPLICATIONS. — « Je vois des femmes qui portent des kystes des grandes lèvres depuis plus de vingt ans sans en avoir jamais été incommodées » a écrit Boys de Loury.

En effet, c'est une affection généralement peu grave ; aussi à cause d'une certaine fausse honte, les patientes ne viennent-elles à la consultation que lorsque le kyste

1. BÉRARD. *Dict. de méd. ou répert. gén. d. sciences méd.*, t. 2. 1833, p. 45. *aine.*

2. COLOMBAT. *Traité compl. d. mal. d. femmes*, t. 2, 1843, p. 522, 873.

arrive à déformer les organes, géner la marche ou troubler les fonctions génitales.

Vert dit que le kyste peut se résorber sans entraver la fonction de la glande; mais ajoute Mourey si le pronostic est bénin, l'affection par sa durée, la possibilité de récidive, la gêne dans quelques fonctions, devient par là des plus ennuyeuses.

Levrat(1) est plus pessimiste en déclarant que certains kystes peuvent, d'après deux cas qu'il a vus, n'être que la première étape de *tumeurs plus graves*. A son tour, Bonnet dit, que sauf pour les kystes par rétention, la régression est exceptionnelle, que le pronostic doit être réservé pour les kystes de la glande pouvant devenir le point de départ de l'*épithélioma vulvaire* et dont le volume peut être un élément de *dystocie*. Quelques auteurs (Bonnet, Petit, Doléris) ont cru pouvoir considérer ces kystes comme *symptomatiques de maladies plus sérieuses* de l'utérus ou des ovaires; Churchill répond que pour sa part il n'a point vu qu'il en fût ainsi.

Martin écrivait qu'il peut y avoir danger d'une *déchirure du périnée* lors de l'accouchement. Tarnier a observé que l'accouchement est facile.

Huguier avait dit qu'après des excès de coït, des fatigues excessives, les kystes pouvaient se compliquer *d'abcès de la glande*. Cette transformation en véritables abcès fait oublier leur origine kystique fait

1. J. Levrat. Nouv. dict. de méd. et de chir. prat., t. 38, 1885, p. 195, *Vulve*.

remarquer Follin (1). En somme tous s'accordent sur la transformation facile des kystes en abcès. L'inflammation peut se propager au tissu cellulaire voisin, on a un *phlegmon de la grande lèvre* et engorgement des glanglions inguinaux (Leroux. Levrat, Fauvel); cette évolution se ferait par pénétration des germes venus du dehors (Bonnet). Cependant Hænsel déclare qu'un kyste se transformant en abcès n'est pas la règle et. Lotze soutient que si on décrit cette évolution, c'est qu'on l'a confondue avec des abcès chroniques.

Le kyste, dit Doléris, est un appel à la bartholinite vraie soit par simple propagation, de l'extérieur vers l'intérieur, des éléments infectieux; l'évacuation partielle par pression favoriserait cette pénétration, soit à la suite d'une ponction ou d'une incision insuffisante par infection traumatique secondaire. Pour Pichevin également, l'apparition d'une bartholinite aiguë pourrait résulter de l'inflammation d'un kyste préexistant, parce que, dit Castan de Béziers, le conduit excréteur obstrué amènerait la formation d'une cavité close où s'exalterait la virulence des bacilles, hôtes habituels de la glande et de son conduit, d'où l'origine de nombreuses bartholinites.

A la suite du traitement, particulièrement de la ponction, il peut résulter *une fistule* interminable (Boys de Loury, Martin et Léger, Trélat).

Les fistules recto-vulvaires ou recto-labiales ou ano-

1. Follin. Traité élém. de path. externe, t. I, 1877, p. 168.

labiales écrivent Quénu et Hartmann (1), dont l'orifice siège en avant de l'hymen ou de ses vestiges, à la face interne de la grande lèvre, reconnaissent la plupart du temps, pour point de départ, les glandes vulvo-vaginales. C'est ce qu'avaient vu Vidal de Cassis, Valenta, Bardelen (2), et qu'admettait Chevalerias, quand Martin (3), Guérin, Bérend (4), n'y croient pas.

∴

TRAITEMENT. — Nous nous contenterons de citer les diverses méthodes sans nous y arrêter, considérant qu'il n'y a qu'une seule efficace, l'extirpation totale le plus tôt possible.

A cause de la marche très lente de l'affection et s'il ne survient pas de complications, quelques médecins se contentent de l'expectation.

On a conseillé en applications, les émollients, les antiphlogistiques locaux (Huguier) ; les résolutifs (Aétius) ; la ponction avec un caustique (Lawrence), l'instrument tranchant, le feu ou l'électricité.

Le cathétérisme suivi de l'évacuation du contenu a été considéré comme inutile et dangereux, à cause de

1. Quénu et Hartmann. Chirurgie du rectum, t. I, 1895, p. 214.

2. Bardeleben A. Lehrb. d. chir. u. oper., Berlin, 1882, bd. 4.

3-4. Martin, Bérend. Ueber die Entz. d. Bartholins. Drüsen... *Berlin Klin. Wochensch.*, Berlin, 7 jahr. 1870, n° 6, V, p. 75.

la difficulté à maintenir une asepsie permanente. Le séton a été employé (Lever, Ashwell (1), Cooper, Cottingham, Ancelon de Dieuze, Martin, Bérend; ainsi que le drainage (Desprès, Doléris, Trélat).

A ces moyens, on a préféré l'incision, surtout l'incision large pour éviter la fistule; on y a joint la cautérisation des parois. On a également pratiqué l'excision ou la résection d'un ou plusieurs lambeaux de la paroi, en ajoutant la cautérisation de la paroi restante.

On a employé le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure (Huguier, Scanzoni); Th. Anger a préconisé l'injection d'une solution concentrée de chlorure de zinc. Cordier (2) a utilisé l'alcool à 40°; Chéron s'est servi de la liqueur de Villate.

Verneuil (3), en vue de prévenir les hémorragies produites par les opérations au bistouri a employé la diérèse non sanglante: l'écraseur à double chaîne et le galvano-cautère. C'est aussi à l'exérèse non sanglante, au thermocautère que se relient (A. Leblond (4), Hart et Barbour (5), Doléris, Bonnet, Petit). Amussat (6),

1. S. Ashwell. Pract. treat. ox the diseaes pec. to Women. London, 1845.

2. Cordier. *Ann. de gynecol.*, 1898, juillet, p. 136.

3. Verneuil. *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, n° 23, juin 1874, p. 366.

4. A. Leblond. Traité élém. de chir. gyn., 1878, p. 319.

5. B. Hart et F. Barbour. Man. de gyn. trad. de l'angl. par E. Crouzat, 1886, p. 590.

6. A. Amussat. *Tribune méd.*, novem. 1873, p. 102. *Bull. gén. de thérap.*, t. 85, 1873, p. 321.

Alban Doran, Chéron, Chéron emploient la galvano-caustique thermique; Olivier (1) utilise aussi l'électricité.

Le broiement a réussi trois fois à Chéron pour des petits kystes ; Leroux a essayé la compression seule, Ashwell l'a combinée avec le séton.

Chéron, Mourey ont vanté la ligature élastique.

Mais en somme tous les auteurs conviennent qu'il n'est qu'une seule opération, l'extirpation de la glande; mais ce n'était qu'après avoir essayé d'autres traitements et après leur insuccès que les chirurgiens avaient recours à l'ablation totale : c'est que l'hémorragie, surtout à l'époque où l'hémostase était peu connue, a toujours effrayé les médecins qui trouvaient que l'opération avait plus de danger que le mal lui-même.

Winckel disait de ne pratiquer l'extirpation totale que d'une des deux glandes seulement, alors que Hügel (2) déclarait avoir vu plusieurs cas où les glandes avaient été enlevées des deux côtés, depuis des années, sans qu'on ait eu à observer le moindre état d'irritation; Bonnet aurait noté pendant un accouchement une sécheresse particulière du rebord vulvaire du fait de l'absence des deux glandes,

Après de nombreuses discussions pour ou contre l'in-

1. A. Olivier. *Ann.. de la policlin. de Paris*, 1899, mars, p. 49.

2. G. Hugel. *Archiv. f. dermat. u. syphylis*. Bd. 51, 1900, p. 240.

tervention chez les femmes grosses (1), quoi qu'il soit préférable, dans la crainte d'une fausse couche toujours possible, d'attendre le rétablissement des fonctions (Guéniot, Verneuil, Tarnier), Bulteau, Petit ont opéré sans accidents.

Pour parer à la douleur et rendre la dissection plus commode, Pozzi a préconisé l'injection de blanc de baleine.

On endort généralement la patiente au chloroforme ; certains, comme Emmet, préfèrent l'éthérisation; mais dans la plupart des cas l'anesthésie locale est très suffisante (Verchère, Poulet, Labadie-Lagrave): la cocaïne est utilisée ; Verchère (2) aime mieux se servir d'un jet réfrigérant et anesthésique de chlorure d'éthyle.

1. J. Cornillon. Accidents des plaies pendant la grossesse. *Thèse Paris*, juin 1872, n° 211. *Bull. soc. chir.* Paris, séance du 6 mars 1872, 3e sér., t. I, 1872, p. 100.

2. Verchère. — Trait. des tumeurs de la vulve-méd. mod. Paris, 1900, XI, n° 43, p. 338.

OBSERVATIONS

Nous avons, en suivant l'ordre chronologique, divisé les observations en six classes :

I. *de* 1 *à* 31. — Observations basées sur le simple diagnostic médical sans aucun examen de la paroi.

II. 32 *à* 36. — Observations complétées par un examen macroscopique.

III. 37 *à* 45. — Observations d'interprétation difficile (Kyst. de la gl. de Bartholin, d'une portion aberrante de la gl. vulvo-vaginale, du canal de Wolff, du canal de Nuck).

IV. 46 *à* 60. — Observations soumises à un examen histologique confirmatif.

V. 61 *à* 65. — Observations à conclusion difficile malgré le microscope.

VI. 66 *à* 88. — Observations douteuses, rapportées pour rendre complète cette étude sur les kystes de la glande de Bartholin.

Enfin nous terminons par l'exposition de nos deux cas personnels (89, 90).

Observ. 1. — Extrait de la trente-troisième observation de Huguier. — Mal. d. app. secret. org. genit. ext. de la femme. — *Mém. Acad. nat. de méd.*, t XV, 1850, p. 807.

Kyste de la glande vulvo-vaginale droite faisant hernie à travers un chancre de la nymphe correspondante (service du Dr Cullerier).

D..., H..., couturière, 21 ans, entrée 11 mai 1834 pour un large chaucre qui occupe la face interne de la nymphe droite et une grosseur qui s'est développée là, il y a cinq ans, à la suite de sa seule couche quoique le travail n'est duré que douze heures, sans vives douleurs.

Au début cette tumeur était peu volumineuse, elle causa d'assez fortes souffrances, jamais elle ne s'est abcédée. Aujourd'hui, cette tumeur située à l'extrémité droite du diamètre transversal de l'entrée de la vulve, à la base des deux lèvres, est régulière, du volume d'un œuf de pigeon, surface lisse, arrondie mais un peu aplatie de dedans au dehors, fluctuante, à consistance uniforme, saillante à l'intérieur de la vulve ; on est obligé de la renverser en dehors pour pénétrer dans le vagin.

Sa surface interne est mise à nu par un chancre qui a détruit la membrane muqueuse qui la recouvrait. En attirant cette tumeur du côté gauche on sent qu'elle est attachée par un pédicule à la branche ascendante droite de l'ischion.

La tumeur est indolente, les parties molles qui l'entourent sont saines, à part la partie de la nymphe ulcérée. La malade s'est aperçue du chancre cinq à six jours après les rapports avec son amant et quinze jours avant sa réception. Le chancre parfaitement arrondi a détruit les deux tiers de la face interne de la nymphe, il a 2 cm. 5 de diamètre ; ses bords sont élevés, rouges en dehors, taillés à pic et gris en dedans. Son fond

régulièrement convexe est formé par la surface interne du kyste, il est d'une teinte rouge et offre un grand nombre de granulations grisâtres.

Après des cautérisations avec le nitrate d'argent, deux fois par semaine, le chancre n'offre plus le 10 juin, que la moitié d'étendue. Le 1er août, la malade s'évade de l'hôpital.

Observ. 2. — Extrait de la trentième observation de Huguier. (même orig, p. 796).

Kyste muqueux de l'appareil glanduleux gauche (pl. 2, fig. 3)

23 *mai* 1843. — Dut... Franc., 30 ans, vernisseuse, réglée à 15 ans et bien; tempérament lymphatique, cheveux blonds, a toujours eu des flueurs blanches abondantes ; premiers rapports à vingt ans; très portée aux plaisirs vénériens ; a eu trois enfants morts jeunes ; pour la première fois a eu un écoulement vénérien il y a trois mois.

Il y a quatre ans, à la suite d'un accouchement très facile, elle s'aperçut dans les parties inférieures de la grande lèvre gauche d'une grosseur qui n'avait jamais été douloureuse et d'après elle avait toujours été du volume d'une noix. Il est probable qu'elle existait avant l'accouchement.

Examen. — Dans la grande lèvre gauche, à l'union du tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs, un peu au-dessous de l'extrémité gauche du diamètre transversal de l'entrée de la vulve, est une tumeur du volume d'une noix, souple, douce, lisse, fluctuante, de même consistance partout facile à déprimer.

Par sa partie supérieure externe, dans l'épaisseur des chairs, vers la branche ascendante de l'ischion, elle est adhérente à une autre petite tumeur irrégulièrement obronde, inégale à sa

surface, ferme, non fluctuante, sensible à la pression et qui tient par un pédicule court et mince à la branche de l'ischion.

Comme les nymphes sont très développées chez cette femme, celle du côté gauche n'est qu'en partie déplissée par la saillie que forme le kyste, de telle sorte que la face inférieure de celui-ci est divisée d'avant en arrière en deux portions, l'une interne et l'autre externe, par une crête saillante formée par le bord libre de cette nymphe. La membrane muqueuse et la peau qui recouvrent la tumeur sont légèrement tendues, luisantes, mais ont conservé leur teinte et leur sensibilité naturelles.

La membrane muqueuse seule adhère fortement à la surface interne de la tumeur ; sur toutes les autres parties de celle-ci, ces membranes glissent avec la plus grande facilité. On ne peut rencontrer l'orifice du conduit excréteur ; jamais de douleurs à la pression ; les règles n'ont aucune influence sur la marche de la tumeur, ni sur sa sensibilité.

12 *Juin.* — A la partie inférieure externe du kyste, à 8 ou 9 millimètres de la crête, incision. Je pus m'assurer que la petite tumeur dure, inégale, douloureuse à la pression qui était annexée à la partie supérieure et externe du kyste était la glande vulvo-vaginale engorgée, déformée et repoussée en dehors par le kyste lui-même. Je cautérisai l'intérieur du kyste avec le crayon de nitrate d'argent sans enlever de portion. Il sortit de ce kyste une cuillerée et demie d'un liquide épais, filant, clair, transparent et d'une teinte légèrement brunâtre, onctueux au toucher, ne renfermant aucune substance solide en suspension.

Au microscope. — Globules muqueux en assez grande quantité, quelques globules sanguins, les uns altérés, les autres frais et deux ou trois globules de graisse.

Le 14. — Nouvelle cautérisation avec le nitrate d'argent ;

Le 19 *septembre*. — Rien n'est reparu à l'appareil glanduleux.

Observ. 3. — Extr. de la trente-cinquième observation de Huguier (même orig. p. 811).

Kyste enflammé et suppuré de la glande vulvo-vaginale droite.

6 *février* 1844. — Leb... Lou..., 22 ans, couturière, réglée à 16 ans, toujours bien; mariée à 16 ans, a eu un enfant qui s'est présenté par les pieds d'où couche difficile. Huit jours après sa couche, il s'est développé aux lèvres droites de la partie un petit abcès qui se répéta quatre fois.

Il y avait quatre mois que la malade était guérie, lorsque faisant sa toilette, elle s'aperçut d'une petite tumeur indolente dans la lèvre droite.

Un mois plus tard, le 1er février, après ses règles et des excès dans le coït, elle s'aperçut que la tumeur avait sensiblement augmenté et était douloureuse; elle crut à un abcès.

L'examen montre dans l'épaisseur de la base de la grande lèvre droite, à l'union de son tiers postérieur avec ses deux tiers antérieurs, à un centimètre de la branche ascendante de l'ischion, une tumeur parfaitement arrondie, bien limitée, grosse comme un œuf de pigeon, indolente même à la pression, tendue, élastique, fluctuante si on la fixe, attenant à la branche de l'ischion. En dedans, elle forme une saillie arrondie vers l'entrée du vagin ; en dehors, convexité un peu plus grande de la grande lèvre, la nymphe est de 4 à 5 millimètres plus courte que celle du côté opposé, les caroncules myrtiformes droites sont effacées. Les parties environnantes sont saines; la partie latérale de la vulve présente trois ou quatre petites cicatrices situées à peu

de distance de l'orifice du conduit excréteur qui nous a paru oblitéré.

A l'incision dans le pli nympho-labial, il s'écoule une cuillerée environ de muco-pus doux, onctueux au toucher, épais, filant, blanc-jaunâtre; clair, transparent dans quelques points, opaque dans d'autres.

Au microscope. — Globules de pus et de mucus.

Les parois du kyste quoique lisses, polies et luisantes comme d'ordinaire, étaient plus épaisses et injectées ; la palpation des parties et la situation des restes de la tumeur nous firent reconnaître que le kyste s'était développé dans l'une des granulations de la glande.

Toute la cavité fut cautérisée avec le nitrate d'argent. Le 21 février, il ne restait plus qu'un petit noyau d'induration qui se confondait avec la glande vulvo-vaginale ou pour mieux dire qui était situé au milieu d'elle.

Observation 4. — Extrait de la 36e observation de Huguier (même orig. p. 813).

Kyste latent de la glande vulvo-vaginale droite; névralgie vulvo-utérine.

2 *septembre* 1844. — Qua... Adé..., 22 ans, couturière, mariée, blonde, bonne constitution, n'a jamais eu d'affection syphilitique, a très peu de penchant pour les rapports sexuels qui chez elle ne produisent aucune sensation agréable. Elle se plaint, depuis quatre mois, époque à laquelle elle a eu un petit abcès à la grande lèvre gauche, d'éprouver de vives douleurs dans la vulve, au méat urinaire, au col de la vessie et dans l'utérus, elles sont quelquefois atroces ôtant le sommeil et l'appétit.

Le 15. — Après avoir sondé pour voir si un calcul n'était pas cause des violentes douleurs, je finis par rencontrer dans le lieu qu'occupe la glande vulvo-vaginale et tenant à cette glande, une petite tumeur parfaitement arrondie, lisse, polie, rénitente, non fluctuante, insensible à la pression, attachée à la branche ascendante du pubis par un pédicule étroit, ayant assez peu de volume pour ne donner aucun signe extérieur de son existence et pour échapper à une palpation superficielle exercée seulement de la peau vers les parties profondes.

J'annonçai un kyste latent de la glande, l'ouvris d'un coup de bistouri dans le fond du pli nympho-labial; il en jaillit une petite cuillerée à café de liquide épais, filant, blanchâtre et transparent. Le kyste étant très visible au fond de l'incision, je pus facilement saisir le fond, l'extirper en partie et cautériser avec le nitrate d'argent.

Le 29. — Kyste entièrement guéri. La névralgie ne fut pas amendée. L'organisation de ce kyste ; les propriétés physiques, microscopiques et chimiques du liquide contenu étaient les mêmes que celles des kystes muqueux.

Observ. 5. — Extrait de l'observation 31 de Huguier (même orig., p. 799).

Kyste muqueux à marche aiguë formé aux dépens du canal excréteur de la glande droite après un abcès de ce canal.

10 décem. 1884. — Che... Mar..., 20 ans, domestique, brune, forte constitution, bien réglée, jamais eu d'enfant. A l'admission se présente avec un abcès d'un conduit excréteur ouvert à la base et à l'extrémité inférieure de la nymphe droite, à 6 ou 7 millimètres de l'orifice antérieurement oblitéré du conduit excréteur.

Le 16. — Il y avait cicatrisation ; au palper on sent à la base des lèvres droites une tumeur du volume d'une grosse noisette, arrondie, résistante, élastique, insensible à la pression.

Le 19. — Tumeur du volume d'une petite noix, sensible à la vue, fluctuante sur toute sa circonférence, consistance uniforme, aucune douleur.

Une fois l'ouverture accidentelle faite au canal excréteur cicatrisée, le mucus que produisent la glande et les parois du canal a été forcé de s'accumuler dans la cavité de ce dernier qu'il a converti en kyste muqueux.

Le 26. — Incision par la surface interne de la petite lèvre ; il s'écoule une cuillerée d'un liquide muqueux légèrement opalin et louche, non coagulable par la chaleur. Au microscope : globules muqueux. Dissous dans une légère solution de potasse il a été précipité par l'acide nitrique. Les parois du kyste étaient lisses, polies, luisantes. Au palper on sentait la glande engorgée. Les lèvres de l'incision sont cautérisées au nitrate d'argent.

Le 2 janvier. — Les bords se sont cicatrisés isolément, une petite fente mène dans le conduit excréteur, elle remplacera l'orifice naturel du conduit. La glande ne paraît pas malade.

7 mars. — Guérison, sortie ; l'ouverture artificielle et supplémentaire du canal est la même.

Observ. 6. — *Mém. de l'Acad. nat. de méd.*, t. XV, 1850, p. 763. — *Annales des sciences nat.*, 3e sér., t. XIII, 1850, p. 272 (Huguier).

Petits kystes muqueux de l'appareil gauche d'une petite fille.

Nous avons observé en juillet 1845, deux petits kystes muqueux développés dans l'appareil vulvo-vaginal gauche d'une petite fille, née à 7 mois, morte quatre jours après la naissance.

Deux des granulations de la glande gauche et son conduit étaient dilatés par du mucus clair et filant. Cette glande était déjà le siège ainsi que son conduit d'un commencement de kyste muquéux. Aucune des causes invoquées par Vidal (l'abus et l'usage fréquent du coït) ne peut ici expliquer la formation de ces kystes.

Observ. 7. — Obs. de SCHEUTHAUER. *Wochenblatt* d. K. K. gesellschaft d. Aerzte. Wien, 1867, nº 31, Bd VII, p. 275.

Kyste de la glande gauche de Bartholin

Le Dr Scheuthauer, chez une femme âgée de 26 ans, morte de choléra le 29 octobre 1866, qu'il autopsia, trouva la glande de Bartholin gauche transformée en un hyste du volume d'une noix; l'ovaire droit avait aussi subi une transformation analogue.

Observ. 8. — Extr. de l'obs. de LOTZE. Dissert. Gœttingen, 1869.

Kyste du conduit confondu avec une hernie.

Sp..., 39 ans, réglée à 18 ans ; a eu quatre enfants, le dernier il y cinq ans.

Lotze trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, fluctuante, élastique, ovalaire, au tiers postérieur de la grande lèvre, effaçant le tiers inférieur de la petite, à grand diamètre parallèle à l'axe de la lèvre ; un cordon s'étendait en dehors et en haut vers la branche ascendante de l'ischion. Il y avait un pli en dessous des caroncules myrtiformes, à l'endroit où se trouve l'embouchure du canal excréteur de la glande de Cowper ; un autre pli de 1 centimètre passait sur la tumeur, sorte de repli de la muqueuse mais non soudé ; on pouvait par derrière, entre

ce rebord et la muqueuse même, introduire de quelques millimètres une sonde d'Anel.

Le diagnostic est incertain à cause d'une très grande sensibilité due à une métrite chronique avec rétroflexion utérine et au déplacement facile de la tumeur; la communication est incertaine et plusieurs médecins croyaient à une hernie; mais la douleur ayant cessé, Lotze diagnostiqua un kyste du conduit confirmé par l'opération.

Le professeur Schwartz incisa la tumeur, il s'écoula un liquide fluide comme du blanc d'œuf; hémorragie peu abondante, compresse au perchlorure de fer. C'était un kyste du conduit excréteur; la cavité avait les parois lisses et s'étendait en avant et en haut vers l'urèthre.

Observ. 9. — Obs. de Braun. *Wiener medizin.* Halle. *Zeitsch. f. prakt. Aerzte.* Wien. 1864, V, p. 19.

Kyste du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale droite.

Une femme de 19 ans, enceinte pour la première fois, éprouvait depuis dix à quinze jours des douleurs légères à la vulve, surtout en s'asseyant; depuis quelque temps elle n'urinait pas aussi rapidement ni aussi bien qu'avant et même dans une certaine position elle ne pouvait plus uriner du tout. La défécation n'était pas troublée; ces derniers temps elle éprouvait quelques douleurs dans les rapports conjugaux et ayant pratiqué le toucher vulvaire elle était très étonnée de l'étroitesse.

Je remarquai une grosseur du volume d'une noisette exactement à la place de la petite lèvre droite, montrant à sa partie interne supéro-postérieure un endroit plus sombre que je pris pour l'orifice fermé du canal excréteur de la glande de Bartholin droite. Je ponctionnai au bistouri, il s'en échappa un liquide

clair, filant, semblable à du blanc d'œuf, et le bout de l'index sentait la paroi lisse du kyste. Pansement à la glycérine iodée et deux semaines après il y avait guérison complète.

Observ. 10. — Extr. de l'obs. 3 de Leroux (comm. du Dr Legroux). *Thèse Paris*, 1878, p. 48.

Kystes de la glande vulvo-vaginale droite.

Mme X..., bien portante, régulièrement réglée, accouchement normal le 23 mai 1875, s'aperçoit peu après que les grandes lèvres sont gonflées et douloureuses.

23 juillet. — La grande lèvre droite porte un kyste du volume d'une amande verte et la grande lèvre gauche en montre un comme une amande décortiquée. Celui de droite est douloureux, la région est rouge, œdématiée, évidemment le kyste est enflammé ou sur le point de l'être.

Le 26. — Une incision donne un liquide filant, visqueux, limpide. En peu de jours cicatrisation, mais le kyste ne tarde pas à se reproduire sans toutefois redevenir douloureux comme avant.

En août et septembre, les kystes existent sans autre changement qu'une augmentation passagère aux époques menstruelles ; ils gênent peu d'ailleurs : après une marche longue ou après les rapports sexuels ils semblent grossir, sont douloureux, mais cela cesse par le repos, bains et cataplasmes. Cependant après les règles de septembre la tuméfaction avait été plus considérable, la tumeur était restée plus volumineuse, la malade se décide à l'opération.

12 *octobre.* — Le Dr Th. Anger et moi injectons dans chacun des deux kystes une solution de chlorure de zinc. Le kyste de gauche disparut par cette méthode.

Le 7 décembre. — On dut exciser la totalité de la paroi du kyste de droite. Guérison.

Observ. 11. — Extr. de l'obs. de Lizé (du Mans). *Bull. et mém. de Soc. de chir. de Paris*, t. II, 1876, p. 129.

Kyste de la glande vulvo-vaginale gauche.

S..., ouvrière en chapellerie, de mœurs assez dépravées, a usé du coït outre mesure, consulte le 31 octobre 1875 pour une tumeur siégeant au tiers postérieur et en dedans de la grande lèvre gauche, grosse comme un œuf d'oie, en forme de poire dont la grosse extrémité regardait en arrière et la petite en avant; fluctuation la plus évidente ; à l'aide d'une bougie il y a transparence.

4 *novembre.* — Avec un petit trocart évacuation des trois quarts du liquide et injections de teinture d'iode étendue; insuccès, d'où injection, le 21 décembre, de chlorure de zinc.

Le 15 *janvier.* — Il ne reste plus trace de la tumeur.

Observ. 12. — Extr. de l'obs. V de Leroux. *Thèse Paris*, 1878, p. 50.

Kyste de la glande vulvo-vaginale gauche.

Mme D..., 29 ans, rentière, réglée à 13 ans, tempérament bilieux, très portée pour les plaisirs sexuels, a eu deux fausses couches.

Après une saison au bord de la mer où elle avait abusé du coït, même pendant ses règles, elle s'aperçut d'une petite grosseur à la lèvre gauche qui en six mois atteignit le volume d'une grosse noix, sans causer aucune gêne ni empêcher les rapports sexuels ; déterminant cependant une gêne pendant la période menstruelle.

En janvier un médecin fit une ponction, il en sortit; d'après la malade, un liquide opalin, sirupeux. Un mois après la tumeur avait repris ses dimensions.

Au mois d'avril, après des excès de coït et d'équitation, la tumeur devint rouge, douloureuse. Nous examinons la malade qui portait une tumeur du volume d'une grosse noix au milieu de la hauteur de la grande lèvre gauche, faisant disparaître le pli nympho-labial, oblongue, à grosse extrémité dirigée en bas. Le vagin était chaud, le doigt pouvait faire saillir extérieurement la tumeur en provoquant de la douleur. En touchant directement on percevait de la fluctuation un peu profondément, et les téguments, quoique douloureux, glissaient sur la tumeur ; les ganglions inguinaux n'étaient pas engorgés, mais la malade avait de la peine à monter et percevait dans sa tumeur les battements des artères qui étaient douloureux. Nous croyons à un kyste de la glande vulvo-vaginale enflammé à la suite d'excès de coït.

La malade refuse toute opération. L'inflammation disparaît en huit jours, avec repos, bains de siège, cataplasmes ; on perçoit de la fluctuation sans provoquer de douleur. Le 20 avril, nous retirons avec la seringue de Pravaz le tiers de la seringue d'un liquide louche, filant ; injection de chlorure de zinz déterminant le lendemain l'arrivée des règles, douze jours avant l'époque ; le kyste était très douloureux ; il va en diminuant ; le 21 mai, il est gros comme une petite noisette. Le 16 juin, la malade écrit que son kyste a disparu complètement mais cependant qu'il y a un pourtour un peu dur que l'on sent à la pression et qui a le volume d'un haricot.

Observ. 13. — Extr. de l'obs. II de Leroux (obs. de A. Laurent, interne du serv. du Dr Marc Sée). *Thèse Paris*, 1878, p. 46.

Kyste de la grande lèvre gauche.

Ch.., 26 ans, réglée à 13 ans régulièrement et abondamment ; a eu trois grossesses à 19 ans, 21 ans, la dernière il y a deux ans et demi et à la suite de laquelle il s'est développée une grosseur qui a très rapidement acquis son volume actuel. Rapports conjugaux faciles, tumeur indolore sauf un peu de pesanteur et de douleur après la marche. Elle fut traitée, il y a six mois, par le Dr Monod au moyen d'injections d'alcool ; mais le kyste s'accroissant de nouveau, le Dr Polaillon fait une injection de chlorure de zinc.

Actuellement la tumeur occupe la partie inférieure de la grande lèvre gauche, elle a la forme et la grosseur d'un œuf de pigeon à grosse extrémité inférieure; elle est molle, légèrement fluctuante, faisant une petite saillie sur la face interne de la lèvre, tandis que la face externe est très saillante. Peau normale, mobile. Pas de douleur si ce n'est au moment du coït.

Incision sur la face externe de la grande lèvre, il s'échappe une certaine quantité d'un liquide chocolat mélangé de sang et de liquide muqueux. La poche a une surface interne blanchâtre avec quelques arborisations vasculaires, elle est d'apparence lisse. La cavité est bourrée de charpie imbibée d'une solution de chloral.

Observ. 14. — Extr. de l'obs. I de Leroux. *Thèse Paris*, 1878, p. 45.

Kyste volumineux de la glande vulvo vaginale droite.

Mme Ch.., 27 ans, lingère. Il y a environ deux ans que la malade s'est aperçue que la grande lèvre droite était devenue

plus volumineuse, mais elle n'en souffrait pas. Depuis quelques mois, la tumeur a augmenté sensiblement de volume, donne lieu à un sentiment de pesanteur qui devient fatigant après une marche ou une station debout longtemps prolongée.

6 *septembre.* — La tumeur de la grosseur du poing cache l'entrée de la vulve et recouvre complètement la grande lèvre gauche, elle a la forme d'une grosse poire dont la grosse extrémité fait saillie au-devant de l'anus. La surface est lisse, d'aspect muqueux et recouverte de poils en dehors seulement. La peau est mobile à sa surface quoique énormément distendue. Cette tumeur est bien limitée, résistante, franchement fluctuante ; elle est assez saillante et la peau qui la recouvre assez amincie pour permettre de l'examiner à la lumière, mais elle n'offre aucune transparence.

Le diagnostic de kyste de la glande vulvo-vaginale est porté sans hésitation. Une ponction exploratrice donne issue à un liquide épais, filant, noirâtre, analogue à du jus de pruneaux.

Th. Anger fit l'énucléation le 14 septembre après chloroformisation : longue incision de la peau, du pubis à l'anus ; la dissection de la partie profonde est longue et pénible car la tumeur s'enfonçait profondément jusqu'à la branche descendante du pubis. La section du pédicule qui était profondément situé fut suivie d'un écoulement assez considérable de sang. Néanmoins la tumeur fut énucléée en totalité. L'ouverture de la poche après l'extirpation montre un liquide épais, filant comme du blanc d'œuf et assez semblable à de la bile qui aurait longtemps séjourné dans la vésicule biliaire. Deux mois après son opération, la malade sortit guérie.

Observ. 15. — Extr. de l'obs. I de Baïsse. *Thèse Montpellier* 1879, p. 31.

Kyste de la glande vulvo-vaginale gauche (serv. Dr Serre).

X..., 45 ans, fille publique depuis l'âge de 20 ans ; pas de maladies antérieures ; nombreux excès de toutes sortes. Bonne santé habituelle.

On observe à gauche, à la place de la glande vulvo-vaginale, une tumeur globuleuse du volume d'un petit œuf de pigeon, assez rénitente, un peu fluctuante ; absence absolue de douleur et d'inflammation D'après la malade la tumeur aurait commencé à se développer depuis une quinzaine d'années environ, augmentant peu à peu de volume, stationnaire depuis quelque temps ; il n'y aurait jamais eu d'inflammation. La malade se refuse à toute opération chirurgicale.

Observ. 16. — Extr. de l'obs. de Duvernoy. — *Annales de gyn.* t. XIII, 1880, p. 251.

Kyste de la glande vulvo-vaginale droite.

En avril 1880, à la Pitié, dans le service du Dr Gallard, suppléé par le Dr Raymond, entra Jos... Gar., domestique, 20 ans ; robuste constitution. Nous constatons au côté droit de l'orifice vaginal, en dedans de la grande lèvre, une tumeur ovoïde à grand axe parallèle à la grande lèvre, du volume d'une amande verte, parfaitement lisse, élastique et rénitente plutôt que fluctuante, à peine douloureuse à la pression, non adhérente à la muqueuse sus-jacente, parfaitement détachée également des tissus sous-jacents. La muqueuse est normale ; on ne découvre aucun orifice ; aucune goutte de liquide à la pression.

La malade s'est aperçue de cette tumeur il y a plusieurs mois, elle s'est développée graduellement, gêne dans la marche et

dans le coït ; un médecin l'a prise pour une hernie et a conseillé un bandage ; erreur manifeste car la tumeur n'est pas réductible, n'augmente pas par la toux, est parfaitement mobile il ne peut s'agir là que d'un kyste de la glande vulvo-vaginale, diagnostic immédiatement confirmé par une ponction avec la seringue de Pravaz. Nous retirons 5 grammes d'un liquide absolument clair et transparent mais très filant. Le kyste entièrement vidé, à la palpation on percevait les parois assez épaisses de la poche.

Quinze jours après, le kyste avait repris ses dimensions primitives. Un mois après la jeune fille revint désirant être débarrassée de sa tumeur qui la gênait beaucoup dans l'exercice de certaines fonctions. Le kyste avait les mêmes caractères et le même volume qu'auparavant. On fit sans l'avoir préalablement vidé une injection d'une solution de chlorure de zinc qui dut être renouvelée huit jours après. La malade partit avec son kyste diminué de moitié ; plusieurs semaines après on constata qu'il avait entièrement disparu.

Observ. 17. — Rev. med. chir. des mal. d. femmes (Dr Chéron) Obs. II. T. I, 1880, p. 487.

Kyste purulent du conduit droit.

Marie N... 26 ans, couturière, atteinte pour la quatrième fois d'une petite tumeur de la grande lèvre droite dont la réapparition a coïncidé, chaque fois, avec des douleurs dans la région lombaire, des sensations de chaleur dans le conduit vaginal, du ténesme et l'écoulement de quelques gouttes de sang par la vulve, ensemble de symptômes qui suffit pour caractériser la poussée congestive.

Les trois premières fois l'incision au bistouri donna une certaine quantié de pus.

La tumeur siège à la base de la grande lèvre droite, sur la partie interne, en déplissant la petite lèvre, elle appartient bien au conduit excréteur de la glande de Bartholin. Elle a la forme d'un ellipsoïde dont le grand axe est dirigé de haut en bas.

Ligature élastique ; pansement à l'acide picrique. Suivant le dire de la malade il y aurait eu apparition d'un liquide purulent comme dans les cas précédents. La malade vaque à ses occupations ; la ligature se détache le dixième jour ; au vingtième jour, cicatrisation complète.

Observ. 18. — Extr. de l'obs. II . Thèse de Mourey, 1882 p. 74.

Kyste muqueux du conduit excréteur gauche.

Mme P... 24 ans, arrive à la clinique du Dr Chéron, le 31 janvier. Réglée à 15 ans, très régulièrement, ni enfants, ni fausses couches; très bonne santé. Atteinte depuis deux ans d'un kyste de la glande de Bartholin, incisé au bistouri il y a un an et qui reparut six semaines après.

Aujourd'hui : à l'entrée de la vulve on voit une tumeur de la grosseur d'une noix faisant saillie sur la face interne de la grande lèvre droite ; elle est manifestement fluctuante ; peau mobile ; indolore à la pression.

31 *janvier.* — Ponction au trocart, écoulement d'un liquide filant, visqueux ; traitement par la ligature élastique, pansement à l'acide picrique au centième, lotions au salicylate de soude au centième. Le fil tombe le 7 février. Le 21 février, la guérison est complète.

Observ. 19. — Extr. de l'obs. III, thèse de MOUREY, 1882. p. 75.

Kyste purulent du conduit gauche.

C..., Félicie, 31 ans, marchande des quatre saisons, arrive à la clinique du Dr Chéron le 20 juin. Règles abondantes, a eu un enfant à 23 ans, pas de fausses couches. Alcoolique, santé à peu près bonne.

Elle s'aperçut il y a cinq ans d'une grosseur aux parties, qu'on ponctionna un an après et le médecin lui fit une injection avec un liquide très coloré qui lui causa quelque douleur. Le contenu de la tumeur était un liquide trouble ; quinze jours après la tumeur avait repris son volume antérieur ; depuis elle n'a fait qu'augmenter.

A la gêne toujours ressentie, s'ajouta dans ces derniers mois une douleur plus vive. On trouve à la partie inférieure de la grande lèvre gauche une petite tumeur indolente, dure, rénitente, roulant sous la peau, donnant la sensation d'un corps sphérique maintenu par un pédicule. M. Chéron diagnostiqua un kyste muqueux du conduit de la glande de Bartholin contenant probablement une certaine quantité de pus à la suite des poussées inflammatoires qu'il paraît avoir subies ; l'opération justifia le diagnostic.

Traitement par la ligature élastique ; trois semaines après il ne reste qu'une cicatrice longue de 3 centimètres.

Observ. 20. — Extr. de l'obs. VII de FAUVEL. *Thèse Paris*, 1886, p. 46.

Kyste du canal excréteur droit.

L..., Alphonsine, 28 ans, fille publique, âge de puberté 13 ans, débauchée à 18 ans, aucune maladie antérieure qu'un abcès de la glande vulvo-vaginale droite en décembre 1884.

Le 28 juillet 1885.—Au niveau de la moitié postérieure de la petite lèvre droite, où la muqueuse est de couleur normale à ce niveau, il y a une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, souple, élastique, ovoïde, non adhérente, semblant fluctuante ; même par une forte pression aucun écoulement par l'orifice normal du canal excréteur ; vagin et urèthre sains.

29 *août.* — Chloroformisation. Le kyste est énucléé facilement, la glande inappréciable au toucher ne peut être extirpée en même temps. Le fond de la plaie est tamponné avec de la charpie imprégnée d'eau de Pagliari, pansement antiseptique ; pansements à l'iodoforme les jours suivants.

10 *novembre.* — Trajet fistuleux induré à la face interne de la petite lèvre à un travers de doigt en avant de sa base ; la glande indurée a le volume d'un haricot. Une sonde cannelée introduite dans le trajet, le parcourt en entier ; elle pénètre dans une étendue de 2 cm. 5 jusqu'à la glande contre laquelle elle vient buter.

12 *novembre.* — Chloroformisation ; la glande est enlevée au bistouri sans hémorragie ; incision du trajet fistuleux au thermo-cautère ; pansement à la gaze iodoformée. Le 4 janvier la malade sort guérie.

Observ. 21. — Obs. de Scott. — *American Journ. of. the med. sci.* Philadelphia, 1885, n. s. XC, art. 13, p. 438.

Kystes de la glande de Bartholin des deux côtés renfermant chacun un calcul.

A... H..., 49 ans, mulâtresse, cuisinière, très maigre, veuve à 21 ans ; réglée à 16 ans : après avoir vu deux fois, se maria et dix-huit mois après accoucha d'une fille encore vivante. Cinq ans après son mariage son mari mourut. Elle cessa

d'être réglée à 43 ans; trois mois après la ménopause elle s'aperçut d'une grosseur à la lèvre droite près de la commissure postérieure de la vulve, qui devint très douloureuse, s'étendit le long de la paroi postéro-latérale du vagin et là, finalement, se rompit en projetant une quantité de liquide qui parut surtout composé de sang; il s'ensuivit en cet endroit une sensation d'élancements.

En même temps une atteinte de même nature se produisit au côté opposé de la vulve, mais le côté droit causait une plus grande gêne. Ensuite il se forma un abcès l'un après l'autre sur les deux côtés. Un médecin ne reconnnut pas le caractère exact de l'affection à cause de douleurs en différents points attirant l'attention ailleurs qu'au vagin. La femme se plaignait d'une douleur intense et de sensation de brûlure à la vulve, de douleurs dans le dos, les reins et la partie inférieure de l'abdomen, avec quelquefois un écoulement irritant de flueurs blanches. Quand l'inflammation aiguë s'accentua, elle éprouva une douleur aiguë dans les kystes qui devinrent très sensibles à la pression au point qu'un léger attouchement provoquait une sensation douloureuse dans le dos, les reins, et à la partie externe de la cuisse du côté correspondant. Ces sensations étaient particulièrement accentuées à droite et occasionnellement se produisaient dans le décubitus latéral droit. Elle était aussi sujette à l'urticaire, à la sciatique et aux rhumatismes. Les souffrances l'obligeaient, à des intervalles fréquents, de cesser son travail, de rester chez elle, et elle fut une fois incapable de travailler pendant huit mois. Elle consulta un certain nombre de médecins, fut soignée à l'hôpital des femmes et, pendant six mois consulta à l'université de Pensylvanie.

Il y a dix-sept mois, je l'examinai et reconnus deux kystes adhé-

rents aux glandes vulvo-vaginales, avec une grosseur de chaque côté. Elle refusa l'intervention du bistouri et je conseillai des applications qui momentanément la calmèrent. En juin 1885, elle demanda à être opérée.

Le vagin présentait une tumeur dure, de chaque côté, à la partie postéro-latérale. Ces tumeurs variaient suivant l'état du kyste, du volume d'un pois à celui d'une noix verte, suivant la quantité du contenu ou le degré d'inflammation. A cause de la douleur, la malade était obligée de presser ces « tumeurs dures » avec le doigt et pouvait les refouler de deux pouces à l'intérieur du vagin. Je découvris qu'elles étaient la cause d'une sensation aiguë car les douleurs ressenties à la pression se manifestaient en divers points éloignés.

Le 2 juillet. — Éthérisation et opération. Avec un doigt dans le rectum et un autre dans le vagin, il était facile de reconnaître que chaque tumeur contenait au centre un dépôt dur et gros comme un pois. Une incision conduisit sur un corps calcaire contenu dans une capsule qui retirée et ouverte montra un calcul blanc, rond, doux au toucher. La concrétion droite avait un diamètre de 3/16 de pouce et l'autre 1/8 de pouce. En séchant elles avaient diminué par la perte sans doute de leur matière animale ; sous la pointe d'une aiguille elles sont dures, donnent la sensation de graviers et peuvent facilement être pulvérisées. Leur enlèvement occasionna la perte d'une cuillerée à bouche environ de sang. Quand l'hémorragie eut cessé, on introduisit de l'acide chromique dans la cavité kystique et, trois jours après la malade déclarait ressentir moins de douleurs que depuis deux ans et mieux se porter que depuis six ans. Il restait encore les deux cavités fistuleuses du kyste qui se rempliront et se videront, mais comme l'activité fonctionnelle des glandes doit

avoir considérablement diminué à cause de l'âge de la femme, il y aura là une cause favorable à leur oblitération.

Le Dr Robert P. Harris a examiné la malade et le calcul.

Il y a eu sans doute chez cette femme des attaques successives d'inflammation dues à l'arrêt de sécrétion dans les glandes de Bartholin, plutôt un kyste du parenchyme glandulaire que sténose du conduit; quant à la direction suivant lequel ce kyste s'est développé elle est tout à fait extraordinaire. L'inflammation a commencé près de la commissure postérieure exactement sous la région occupée par le conduit de la glande droite et s'étendait le long de la paroi vaginale ; du côté opposé, le développement a suivi la même direction. Ce mode de développement a été mentionné par Schroeder. Quant aux calculs de tels kystes formés de matière conteue en solution dans les sécrétions de la glande, ils sont très rares.

3 *Août* 1885. — A la suite de l'opération du calcul, la malade s'était sentie mieux pendant quelques jours, mais maintenant elle est gênée par l'écoulement de la fistule qui va demander un traitement spécial.

Obs. 22. — Obs. de Léopold. *Centralblatt f. gyn.* 1886. Leipzig, nº 31. X jahrg. p. 508.

Kystes des deux glandes de Bartholin.

Femme H..., 25 ans, mariée, sans enfants, pas de blennorrhagie, ni vaginite, ni métrite. Tuméfaction des deux grandes lèvres depuis six mois. Des deux côtés, kystes de la glande de Bartholin de la grosseur d'un œuf. Points de suture après énucléation du kyste droit ; le kyste gauche est incisé et sa paroi en grande partie excisée, le reste a été suturé à la peau externe au moyen du catgut.

Obs. 23. — Extrait de l'obs. de CHASE. *Brooklyn med. Journ.* Brooklyn N. Y. 1891. T. V. p. 315.

Kyste de la glande droite.

Mme H..., Américaine, me consulte en 1890, souffrant d'une grande sensibilité dans la région du vagin, il y avait douleur dans la marche et pendant le coït. Il existe tout à fait en arrière de la grande lèvre droite une tumeur molle du volume d'une noix qui était évidemment un kyste de la glande de Bartholin. Je conseillai l'opération.

En juillet dernier la malade revint dans un état aggravé : la tumeur avait alors le volume d'un gros œuf de poule ; elle accepta cette fois l'opération que je fis le 1er août 1890. Je fis une incision au-dessous et à la partie externe de la grande lèvre et parallèle à cette lèvre. La grosseur était en partie en arrière du transverse du périnée et atteignait la tubérosité de l'ischion. Elle se détachait difficilement au point d'attache de l'ouverture vaginale et je fis une légère ouverture dans le vagin qui se ferma au bout de cinq jours. L'hémorragie veineuse fut très grande.

La cavité kystique avait le volume d'un œuf d'oie ; sutures profondes au catgut. Le suintement des veines persista ; la cavité fut remplie de gaze iodoformée et on appliqua un bandage périnéal. En visitant la malade je fus étonné de trouver un grand changement de coloration de l'espace périnéal droit, des grandes lèvres, de la peau, presque jusqu'à l'aine et aux plis fessiers, provenant d'une immense ecchymose due à l'hémorragie interstitielle des veines capillaires. Il y avait encore quelque suintement de la plaie, le gonflement avait envahi la moitié droite du vagin. J'appris que ma malade était sensible aux légers traumatismes qui se traduisaient chez elle par de grandes ecchymoses.

Je craignais qu'un trouble si profond de la circulation capillaire ne fut suivi de gangrène, et pour l'empêcher on appliqua des compresses très chaudes d'opium et d'acide carbolique qui produisirent un profond effet en quarante-huit heures.

La guérison fut complète. Le kyste enlevé entièrement était gros comme un œuf de poule ; il subsista une légère ouverture d'où s'écoula environ 2 drachmes d'un liquide gris-vert.

Dans les antécédents il n'y a pas de gonocoques ni du côté de la femme, ni du côté du mari et je pense que cette tumeur n'était pas d'origine spécifique.

Observ. 24. — Extr. de l'obs. de DA SILVA JONES. — *Correio med. de Lisboa*, 1890, XIX, p. 59.

Kyste de la glande gauche.

Femme de 25 ans, mariée, un peu nerveuse, brune, de vive intelligence, dit souffrir depuis plusieurs mois d'une tumeur à la vulve un peu enflammée et que dans la crainte de complication générale, quelques médecins croyaient utile d'opérer.

Au spéculum, je trouvai un catarrhe vulvo-vaginal avec écoulement muco-purulent, dont je reconnus suffisamment l'origine. A la partie postérieure et à gauche de la vulve, correspondant à l'orifice du canal excréteur de la glande vulvo-vaginale, il y a une tumeur fluctuante, un peu plus grosse qu'un œuf, dont par pression on peut faire sourdre un liquide; une pression plus énergique faisait sentir à 1 centimètre en arrière de la tumeur une granulation dure ; le liquide était opaque, onctueux, formé d'une petite quantité de pus mélangé à une plus grande quantité du produit secrété par la glande; on sentait une glande plus grosse que d'habitude dans une direction parallèle à la tumeur. Je diagnostiquai une vulvo-

vaginite chronique avec inflammation de la glande de Bartholin et un kyste de cette même glande. Injections au sulfate de zinc dans l'orifice glandulaire. A la cinquième injection, il y avait presque guérison, et je fis part, cependant, de la possibilité d'une récidive. On décida l'opération immédiate. Il y eut de nombreux incidents pendant la chloroformisation : ictère et accidents consécutifs... On renonça à tenter une opération dans la zone génitale, dans la crainte d'un dénouement fatal. Trois mois après, elle écrivit qu'elle ressentait ses anciennes souffrances.

Observ. 25. — Obs. de Conan. — *Boston med. Journ.*, 1891, vol. 124, p. 550.

Kyste de la glande gauche.

C'est un kyste de la glande vulvo-vaginale qui, à cause de sa grosseur pas ordinaire est intéressant. Mme A..., 40 ans, mariée à 21 ans, tumeur dans le côté gauche de la vulve qui s'est montrée il y a trois ans; elle a beaucoup grossi et est très douloureuse dans la station assise ou dans la marche; le coït est devenu très douloureux et presque impossible. A l'examen, il y a dans la lèvre gauche une tumeur douce et fluctuante, très tendue, de la grosseur du poing; la membrane muqueuse à l'intérieur du vagin présente des érosions. L'entrée du vagin était déviée d'un côté et le doigt était introduit avec difficulté.

Le kyste fut opéré le 10 juillet sous l'influence de l'éther; il était aussi gros qu'un œuf d'oie et contenait un fluide épais et grumeux. Les points de suture ont été enlevés six jours après; deux semaines après l'opération la malade avait ses règles.

Observ. 26. — Extr. de l'obs. XXI de Chéron. — *Rev. méd. des mal. des femmes*, t. I, 1879, p. 196, t. XIV, 1892, p. 718.

Kyste de la glande gauche de Bartholin déterminant des métrorrhagies réflexes.

Fleuriste de 26 ans, atteinte à chaque instant de poussées congestives avec hémorragies.

Bien réglée jusqu'au mois de janvier dernier ; nous étions en décembre ; elle avait vu peu à peu le trouble survenir dans la période menstruelle et en dernier lieu, des hémorragies sous forme de crises accompagnées de sensation de chaleur intérieure, de pesanteur dans le petit bassin, d'envies fréquentes d'uriner. Jusqu'au moment où sont survenus ces troubles, la santé avait toujours été excellente. Examinée pendant la période hémorragique, on retrouve chez elle les conditions particulières qui caractérisent la congestion hémorrhagipare. Il n'existe du côté de l'appareil utéro-ovarien la trace d'aucune autre affection.

Elle appelle mon attention sur une petite masse ronde située au tiers inférieur de la grande lèvre gauche et dans son épaisseur, petite masse qui devient douloureuse quelques jours avant l'apparition des pertes. Cette petite tumeur est un petit kyste de la glande de Bartholin, dont la malade ne connaît l'existence que depuis qu'elle a vu survenir des hémorragies.

Examinée de nouveau entre les crises et au moment où la petite tumeur devient douloureuse, je constate que dans cette dernière circonstance, le col et les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucun signe objectif de congestion, tandis que la muqueuse qui recouvre le kyste est devenue violacée. Celui-ci semble augmenté de volume, il est très sensible à la pression. La névralgie lombo-abdominale qui accompagne la congestion est peu intense, elle se caractérise par deux points douloureux à la région lombaire ,un point à la région sacrée, un point au niveau de la crête iliaque gauche. Un vésicatoire morphiné et camphré

est appliqué sur chacun de ces points : les hémorragies cessent et la période menstruelle, à son prochain retour, ne prend pas la forme hémorragique. Je croyais avoir triomphé de l'affection, lorsque la malade, après avoir travaillé et frotté le parquet de la salle, se plaint de douleurs dans le kyste de la glande vulvo-vaginale, dont l'aspect violacé annonce une hémorragie imminente.

Repos absolu ; et une potion bromurée destinée à modifier le pouvoir excito-moteur de la moelle est administrée aussitôt. Malgré ces précautions l'hémorragie apparaît vingt-quatre heures plus tard. Les points douloureux sur lesquels des vésicatoires ont été appliqués sont à peine perceptibles à la pression.

Ce fait me donne à réfléchir et je considère ce petit kyste comme le point d'irritation périphérique sous l'influence de laquelle s'établissent les conditions de la congestion hémorrhagipare et je propose d'opérer cette petite tumeur. L'hémorragie terminée, tout étant rentré dans l'ordre habituel, le chloroforme est administré : section au galvanocautère, cautérisation galvanique, pansement à l'acide picrique ; cicatrisation complète en moins d'un mois ; les règles apparaissent d'une façon normale. Le mois suivant, il ne se fait aucune hémorragie. La malade travaille, frotte le parquet, il n'y a plus de poussées congestives ; au bout d'un an, aucun accident hémorragique ne s'est reproduit.

Voilà une congestion hémorragique qui se produit, s'entretient, s'exaspère sous l'influence d'une irritation périphérique qui a pour siège un petit kyste de la glande de Bartholin irrité par le frottement des lèvres dans la marche, le travail, le coït. L'irritation est transmise à la moelle et les conditions de la congestion hémorragique s'établissent dans l'appareil utéro-ovarien

Observ. 27. — Extr. de l'obs. de Tarnier. — *Journ des sages-femmes*, Paris, 1893, t. XXII, p. 361.

Tumeur kystique de la glande vulvo-vaginale droite.

13 *mai* 1893. — La malade est enceinte pour la troisième fois, sa grossesse est de quatre mois environ. A l'examen, à la grande lèvre droite, plus bas que haut, une tumeur kystique de la glande vulvo-vaginale.

La tumeur a été indolente pendant deux ans ; maintenant à cause de la gêne et de la douleur assez forte pour empêcher tout travail, la malade désire l'opération immédiate.

Femme endormie, incision entre peau et muqueuse ; décolement avec le dos du bistouri, facile sauf une petite résistance vers l'ouverture du canal. La tumeur s'est rompue, les parois étaient extrêmement minces ; le liquide contenu était couleur chocolat ; les deux tiers de la tumeur étaient décollés, j'ai continué mais en faisant un trou au point où se trouvait l'orifice du canal de Bartholin qui est là adhérent. C'était inévitable ; en somme la tumeur a été enlevée complètement, mais ensuite nous avons eu du sang. Nombreuses sutures au catgut.

Observ. 28. — Obs. II de Migot. *Thèse Paris*, 1899, p. 54.

Kyste de la glande gauche.

D... Flore, 24 ans, entra à Saint-Lazare, service du Dr Jullien, le 27 décembre 1898 avec diagnostic de syphilis et kyste de la glande de Bartholin. Elle présente de gros ganglions inguinaux. Le kyste de la glande gauche de Bartholin a le volume d'une petite noix. Le 1, 5, 6 janvier, injections d'une solution de chlorure de zinc au dixième, non par le canal excréteur, mais directement dans la glande par la muqueuse vaginale à travers les parties molles, la paroi interne de la glande. Le

9 janvier, un orifice de la grosseur d'un porte-plume s'est produit à la région interne et laisse sourdre par pression, une quantité considérable d'un produit d'apparence membraneuse et de couleur purulente : la plus grande partie de la glande s'est éliminée.

Le 20 janvier. — Élimination complète de la glande.

Le 20 février. — La malade est complètement guérie.

Observ. 29. — Obs. de Deconseillez. *Journ. d. sciences méd.* de Lille, 1900, t. II, p. 180.

Kyste de la glande gauche.

Marguerite A..., 36 ans, réglée à 18 ans, sans interruption, sans douleurs, avec une durée de trois à quatre jours ; pas mariée ; n'a pas eu d'enfants.

Il y a cinq ou six ans, elle a remarqué que la grande lèvre gauche était plus développée que la droite. Depuis lors cette grande lèvre subit un développement progressif et est devenue volumineuse au point de gêner la marche et la malade ressent des picotements et de légères douleurs de temps à autre, spontanément ou à l'occasion des règles et des fatigues.

Examen. — Grande lèvre distendue surtout dans les deux tiers postérieurs par une tumeur allongée dans le même sens que la vulve, tendue, rénitente, surface absolument lisse, consistance uniforme, mobile sur la peau et sur les parties sous-jacentes. Cette tumeur remonte à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure du vagin. C'est un kyste de la glande de Bartholin.

21 *Juin.* — Incision. Dans sa partie profonde le kyste adhère à la muqueuse vaginale et les difficultés de la dissection font

crever le sac et sortir un liquide brunâtre. Après enlèvement de la tumeur, suture au catgut.

Observ. 30. — Extr. de l'obs. I de Raffalli. *Thèse Montpellier*, 1903, p. 46.

Kyste de la glande vulvo-vaginale gauche.

Mme B..., 30 ans, ménagère, a toujours été bien réglée. Enceinte il y a trois ans, a eu une grossesse excellente et un accouchement normal.

Quelques mois après son accouchement elle s'aperçut que la grande lèvre gauche devenait de plus en plus volumineuse. La tumeur pendant deux ans ne semble pas avoir augmenté de volume ; indolore ; ne produit aucune gêne dans la marche ou dans les relations sexuelles.

Il y a six mois, à la suite de règles plus douloureuses que de coutume, la tumeur jusque-là stationnaire augmente rapidement de volume ; après la marche, un peu de douleur et de pesanteur ; puis les rapports sexuels devenant douloureux elle entre à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier, service du professeur Forgue pour kyste de la glande vulvo-vaginale.

Examen. — A la partie inférieure de la grande lèvre gauche, tumeur du volume d'une grosse noisette, consistance molle, légèrement fluctuante ; la peau sans changement de coloration est mobile sur la tumeur mobile sur les tissus sous-jacents. Peu de douleur sauf au moment du coït. Diagnostic de kyste de la glande vulvo-vaginale gauche.

Chloroformisation. Incision sur la muqueuse ; énucléation, non sans difficultés, la tumeur, en effet, s'enfonce profondément il faut la dégager des amarres vasculaires qui la relient à la face postérieure de la branche descendante du pubis. Le pédi-

cule est sectionné et il s'ensuit un écoulement assez considérable de sang.

Dix jours après l'opération, la malade, incomplètement guéric, quitte l'hôpital. Deux mois après sa sortie une lettre nous apprend qu'elle n'était pas complètement guérie ; cette lenteur dans la guérison nous la mettons sur le compte des mauvais soins consécutifs. On n'a pas revu la malade.

Observ. 31. — Obs. I de Pozzi. — *Comptes rend. soc. obst. gyn. et péd.*, Paris, t. VII, 1905, p. 190.

Kyste séreux de la glande droite de Bartholin.

La nommée X..., 26 ans, ménagère entre à la clinique gynécologique le 30 juin 1905. Tempérament nerveux, varices étendues des membres inférieurs ; pas de maladie ; réglée à 15 ans; mariée à 21 ans ; pas de grossesses ; règles régulières un peu douloureuses de six jours de durée ; pertes blanches sans infection blennorrhagique appréciable.

Il y a dix-huit mois, elle s'aperçoit d'une petite grosseur au niveau de la grande lèvre droite, stationnaire quelque temps elle disparaît progressivement sans que la malade ait noté l'issue d'un liquide quelconque : quelque temps après, réapparition puis de nouveau disparition de la grosseur. Jusqu'au mois d'avril dernier ces alternatives ont durée; à cette époque la malade se marie et aussitôt après le volume de la tumeur augmente et atteint le volume actuel celui d'un œuf de dinde. Elle est transparente, lisse, très tendue et peu fluctuante.

3 *Juillet.* — Injection de blanc de baleine après évacuation de liquide filant, transparent. Le 4 juillet, extirpation de toute la glande ainsi solidifiée. Suture avec crins de Florence pénétrant profondément de manière à affronter toutes les surfaces cruen-

tées. Pas de drainage. Réunion primitive sans incident. Il est intéressant de noter que chez cette malade l'infection blennorhagique ne paraît avoir joué aucun rôle comme cela est si fréquent dans la production du kyste.

Observ. 32. — Extr. de l'obs. 32 de Huguier. — *Mèm. de l'acad. nation. de méd.*, t. XV, 1850, p. 802.

Kyste muqueux de la grande lèvre droite.

20 *Décembre* 1842. — Mar... Virg... 32 ans, polisseuse, mariée, réglée à 15 ans, toujours bien, n'a pas eu d'enfant, forte contitution, très portée aux plaisirs sexuels, syphilis constitutionnelle.

Depuis un mois écoulement après des rapports plusieurs fois répétés avec une personne suspecte. Elle porte à la lèvre droite une tumeur qui a commencé à se manifester il y a onze ans ; il y avait déjà à cette époque près de quatre ans qu'elle avait des rapports sexuels ; elle n'aurait pas eu de coups ni d'abcès sur cette partie.

2 *Janvier.* — La grande lèvre droite renferme vers le milieu de sa hauteur, un peu plus près de son extrémité anale que de son extrémité pubienne une tumeur grosse comme un œuf de poule, lisse, arrondie, souple, fluctuante partout ; diamètre antéro-postérieur mesurant 5 cm. 5 ; diamètre transversal 4 centimètres ; formant une saillie de 4 centimètres au-dessus du fond du pli génito-crural, qui ramenée par le doigt en crochet permet d'apercevoir de la transparence. En refoulant avec la main gauche la tumeur et le liquide qu'elle contient vers le bassin, le doigt indicateur, qui est en observation dans le vagin sent qu'un flot de liquide remonte jusqu'à 4 centimètres le long de la partie postéro-latérale droite de ce conduit et que, par consé-

quent, la tumeur envoie un appendice jusqu'à cette hauteur.

La nymphe droite, à l'exception de ses deux extrémités est entièrement envahie, la muqueuse qui forme ses deux faces et son bord libre tapisse toute la face interne et une portion de la face inférieure de la tumeur. Le bord libre de la grande lèvre est rejeté sur le côté externe de celle-ci.

La peau et la muqueuse sont saines et libres d'adhérences, excepté en dedans; elles sont légèrement tendues sur le sommet de la tumeur. Lorsqu'on saisit cette grosseur et qu'on l'attire en bas et à gauche, on est de suite arrêté par un pédicule court, noueux et comme fasciculé, qui se porte de la partie externe et supérieure de la tumeur à la partie interne de la branche ascendante de l'ischion.

Toute la masse peut être pétrie, froissée entre les doigts sans causer de douleurs. Les règles n'ont aucune influence sur elle ; sentiment de distension et de gêne seulement après une grande fatigue, une longue course ou des excès conjugaux. Depuis deux mois cette affection a fait des progrès manifestes.

En dedans la muqueuse était si mince et tellement adhérente au kyste qu'il y avait grande crainte de la perforer.

9 *janvier.* — Par ponction on recueille tout le liquide. Quatre lambeaux des parois de la cavité furent enlevés aux ciseaux; on retrancha le plus possible de l'appendice que ce kyste envoyait le long de la partie latérale postérieure droite du vagin.

Le liquide recueilli avait à l'œil nu presque toutes les qualités physiques du blanc d'œuf, ou mieux du mucus clair, épais, filant, qui s'écoule des œufs de Naboth. Au microscope : seulement des globules muqueux. Desséché, il devient dur, cassant, d'une teinte légèrement jaune en restant transparent. Mis dans l'eau ou dans l'alcool, il se précipite au fond du vase sans se

dissoudre. Il ramène au bleu le papier de tournesol légèrement rougi. En contact avec l'acide nitrique, il se coagule et se précipite. La chaleur ne le coagule pas.

Toutes les portions des parois du kyste enlevées présentèrent trois membranes superposées offrant la disposition plusieurs fois indiquée ; toutes les fibres blanchâtres de la tunique moyenne ou fibreuse s'entrecroisaient dans toutes sortes de directions.

Une des portions du kyste était recouverte d'un tissu blanc grisâtre et très résistant, probablement une portion de la glande atrophiée, je dis probablement car je n'ai pas trouvé de granulations dans ce tissu et que je n'ai pu me rappeler à quelle partie du kyste appartenait le lambeau qui le présentait.

Le 15. — Cautérisation interne à la pierre infernale de la cavité kystique considérablement rétrécie. Le 28 la malade est entièrement guérie.

Observ. 33. — Extr. de l'obs. XXIX de Huguier (même orig. ; p. 792).

Kystes muqueux des deux conduits.

30 *mai* 1843. — Dum., P..., 28 ans, couturière, réglée à 14 ans, assez régulièrement, déflorée à 18 ans, a eu un enfant à 19 ans, accouchement facile ; a eu il y a deux ans une affection syphilitique. Un peu de flueurs blanches depuis son accouchement ; dit n'être pas passionnée, les rapports sexuels lui sont peu agréables.

Dans les premiers mois qu'elle s'aperçut de l'existence de ces tumeurs, elles prenaient plus de volume et étaient plus sensibles au moment des règles. Depuis deux mois, elles ont conservé la dimension d'un très petit œuf de poule ; elles ne diminuent plus dans l'intervalle des règles.

Ces tumeurs sont placées à la base et dans l'épaisseur des deux grandes lèvres, à l'union de leur tiers postérieur avec leurs deux tiers antérieurs ; la partie inférieure des nymphes et les caroncules myrtiformes sont effacées. Elles sont ovalaires à grand diamètre dirigé de haut en bas ; si on les écarte, leur surface interne est aplatie dans le point où elles se correspondent. Les parties voisines sont saines ; la peau lisse, tendue, n'a aucune adhérence ; la muqueuse leur adhère fortément ; on ne retrouve plus l'orifice du conduit excréteur. Ces tumeurs sont fermes, élastiques, également fluctuantes dans toutes leurs parties et complètement insensibles. Attirées en bas et du côté opposé, on sent un lien composé de deux ou trois petits faisceaux rattachant leur partie supérieure externe à la branche ascendante de l'ischion. Il y a gêne dans la position assise et surtout dans la marche, douleurs pendant une longue course.

12 *juin*. — Incision. Il s'échappe de chacune près de deux cuillerées à bouche d'un liquide alcalin, ne se coagulant pas par la chaleur, insoluble dans l'eau et dans l'alcool. Le liquide du kyste gauche est très épais, filant, clair, blanc nacré ; au microscope : fragments épidermiques et globules muqueux. Celui du kyste droit est de couleur fauve, même consistance, mêmes caractères microscopiques, plus quelques globules sanguins. Plusieurs portions des parois de ces kystes enlevées aux ciseaux étaient composées de trois lames : une externe celluleuse, comme chagrinée ; une moyenne fibreuse, dense, résistante, presque inextensible ; une interne douce au toucher, luisante, lisse et polie à l'œil nu ; vue au microscope elle était inégale et offrait une multitude de petites saillies irrégulières de lamelles ou de fragments épidermiques, çà et là quelques globules muqueux.

Les cavités sont bourrées de charpie sèche ; dans la journée,

léger suintement sanguin. Le 17, cautérisation de l'intérieur du kyste avec le nitrate d'argent, amenant une suppuration plus abondante.

4 *juillet.* — Complète guérison.

La forme, le volume absolument identique des deux tumeurs, leur situation entièrement semblable et superficielle, leur développement simultané, l'analogie la plus parfaite dans leur marche, dans leurs symptômes et l'absence de l'orifice du conduit excréteur des deux côtés, nous portent à penser que la cause a été la même pour les deux affections, probablement une inflammation de la vulve, et que toutes deux siégeaient dans le conduit excréteur de l'appareil glanduleux.

Observ. 34. — Extrait de l'observation XV de Huguier (même orig,. p. 653).

Dégénérescence fibreuse de la glande vulvo-vaginale gauche ; kyste muqueux de son conduit.

29 *avril* 1845.— Bat... Clé...., 22 ans, célibataire, bonne constitution, réglée à 16 ans, régulièrement, pas d'enfants. Elle porte, à la grande lèvre gauche, une tumeur qui aurait débuté il y a quinze mois environ et qui tous les mois devenait plus volumineuse, légèrement douloureuse et se vidait par un petit trou situé à gauche dans l'entrée de la vulve, au niveau des caroncules myrtiformes. Le liquide qui s'en écoulait était épais, blanchâtre, filant et la tumeur disparaissait presque entièrement. Elle se remplissait à nouveau, reprenait son volume et se vidait encore. Un mois après l'apparition de cette tumeur, il s'en manifesta une à peu près semblable dans la grande lèvre droite ; un médecin la considéra comme un simple abcès. Elle suivit la même marche que la première. L'augmentation et l'ouver-

ture spontanée des tumeurs coïncidaient ordinairement avec des excès de coït.

Depuis quatre mois environ, la grosseur de gauche est devenue plus gênante, habituellement douloureuse et lorsqu'elle s'ouvre, elle diminue mais sans disparaître entièrement ; il reste, dit la malade, une partie très dure dans l'épaisseur de la lèvre.

La maladie s'est développée il y a un an et demi, cette femme aurait connu un homme pour la première fois et aurait depuis ce moment fait des excès extraordinaires avec lui : il ne se passait pas de jour que l'acte vénérien ne fût répété plusieurs fois. Dans le principe il y eut une inflammation violente de la partie avec écoulement verdâtre et abondant. Entrée à l'hôpital de Tours elle en sortit cinq mois après sans être guérie.

Dans l'épaisseur de la base de la grande lèvre gauche, au niveau et un peu au-dessous du diamètre transversal de l'entrée vulvaire, on constate l'existence d'une tumeur, occupant l'appareil glandulaire, qui a développé l'extrémité postérieure de la lèvre, raccourci la nymphe gauche et effacé en grande partie le pli nympho-labial ; elle est formée de deux portions bien distinctes : l'une inférieure et externe, du volume et dela forme d'une grosse noisette, extrêmement dure et élastique donne la sensation d'un corps fibreux ; l'autre interne et supérieure a le volume d'une noix, parfaitement arrondie, douce, franchement distincte des parties molles environnantes excepté par le point où elle est en contact avec la précédente ; elle est fluctuante et légèrement dépressible ; elle remonte à toucher presque la branche ascendante de l'ischion. Un rétrécissement circulaire sous de collet sépare ces deux portions de la tumeur générale. Le conduit excréteur et son orifice ne peuvent être découverts ; à la place de l'orifice existe un infundibulum de 2 millimètres

de profondeur ; aucun liquide ne sort à la pression, alors que du côté droit on peut faire jaillir un jet abondant de muco-pus, il y a ici hypersécrétion purulente.

Le 3 mai. — Incision dans le pli nympho-labial, séparation de la tumeur de la muqueuse lésant probablement un prolongement appendiculaire du kyste car il s'écoula un liquide épais, muqueux, légèrement purulent faisant s'affaisser le kyste. En séparant la face externe de la tumeur des parties molles l'unissant à l'ischion, il jaillit du sang ; une petite portion du kyste profondément située resta ; ligature de l'artère, plumasseaux de charpie, pansement.

Les deux tiers inférieurs et externes de la tumeur ont été seuls enlevés, le tiers supérieur interne est resté : il était formé uniquement par la partie correspondante du kyste.

La dissection démontre sur la face externe de la tumeur : 1° une couche de tissu cellulo adipeux sain, 2° au dessous, l'extrémité inférieure ou anale du muscle constricteur du vagin, faisant corps avec la tumeur, aplati, étalé, tapissant la face externe de la glande et celle du Kyste, 3° l'artère se rendant à la tumeur, de 1 m/m de diamètre.

La face interne de la tumeur qui correspondait à la membrane muqueuse vulvo-vaginale est lisse, polie, d'un blanc nacré, formé uniquement de tissu fibreux résistant. Elle est tapissée par un tissu cellulaire séreux, très serré l'unissant à la membrane muqueuse.

La partie inférieure et externe de la masse enlevée est composée par la gl., elle forme un noyau à part, de disposition olivaire de 2 cm. 5 de long sur 1 cm. 5 d'épaisseur. Cette partie est dense, ferme, élastique, d'un blanc de lait, formée presque uniquement de fibres blanches s'entrecroisant en différents sens,

visibles à l'œil nu. On rencontre çà et là quelques granulations de la glande.

L'examen microscopique fait avec le Dr Mandl confirme ce qui est dit plus haut, prouve que la gl. peut dégénérer en tissu fibreux ou au moins que ses granulations peuvent être atrophiées et remplacées par ce tissu. Cette petite masse fibreuse faisait corps avec la partie inférieure et externe du kyste. Celui-ci présente 2 couches évidentes : une externe, blanche, résistante, opaque, ayant 3 m/m d'épaisseur et même 4 m/m dans la partie où elle correspond à la gl. ; l'organisation de cette couche est entièrement fibreuse. Une couche interne, muqueuse, villeuse, fongueuse et mollasse, tapissée d'un épithélium extrêmement mince ; elle est souple, douce au toucher, rouge violacé ; elle glisse facilement sur la couche fibreuse qui la tapisse.

Le mucus épais, blanc jaunâtre du kyste renferme quelques globubes muqueux et quelques globubes purulents. Le diamètre de la poche est de 39 m/m. Le 29, comme il s'écoule un peu de muco-pus filant, glaireux, cantérisation de la muqueuse du kyste avec la potasse caustique.

5 août, sortie, guérison.

Observ. 35. — Ext. de l'obs. 37 de Huguier (même orig. p. 815. pl. 3. fig. 3. 4.)

Kyste commençant du conduit excréteur droit.

Le 7 juin 1845, à l'autopsie d'une malade morte d'une phthisie pulmonaire (Serv. du Dr Bazin) Cad... Emé... 18 ans, j'examinai les organes génitaux qui à la vue n'offraient rien de particulier ; mais en les palpant, je reconnus dans la base de la grande lèvre, la gl. vulvo-vaginale dont le volume était augmenté et son conduit me parut dilaté.

A la dissection : les tissus qui entourent la gl. sont un peu engorgés, épaissis, et plus fermes que d'habitude. La glande elle-même a le volume et la forme d'un très gros pois ; elle est d'un gris jaunâtre très prononcé ; sa surface est plus mamelonnée qu'à l'état normal ; les granulations très développées égalent ou même dépassent le volume d'un grain de millet. Elles sont d'un gris jaunâtre, séparées les unes des autres par un tissu cellulaire légèrement injecté. La face interne de la gl. est séparée de la membrane muqueuse de l'entrée de la vulve par un kyste qui a les dimensisons et la forme d'un haricot.

Ce kyste est formé par le conduit excréteur dilaté et oblitéré vers son orifice qui est encore reconnaissable à l'extérieur. Un petit stylet d'Anel y pénètre à la profondeur de 2 mm. en ce point on le trouve oblitéré. A l'extrémité opposé du kyste, la gl. par sa face interne fait un léger relief dans la cavité de celui-ci. Ses parois sont formées de 2 couches : une externe, blanche, opaque, fibreuse et résistante; l'autre est entièrement muqueuse; par transparence le liquide contenu est clair, transparent, et cette translucidité est si grande qu'on aperçoit dans le kyste, vers son extrémité glandulaire, au milieu du liquide, une substance solide, jaunâtre et vermiculaire. Cette membrane interne offre sur sa surface externe des vaisseaux ramifiés et injectés. Le kyste ouvert, il s'en écoule un mucus épais, filant, incolore, contenant quelques flocons de matière blanchâtre, libre, flottante. A son extrémité vulvaire, qui correspond à l'ancien orifice du conduit, on voit un petit pertuis recouvert d'une sorte de valvule sigmoïde; ce pertuis qui a à peine 1 mm. 5 de diamètre en cul-de-sac vers le point oblitéré du canal.

A son extrémité externe, 3 autres petits pertuis arrondis, un peu plus étroits que le précédent et conduisant dans les granu-

lations de la gl.; un petit stylet porté dans chacun d'eux pénètre dans le sein de cet organe. Si l'on presse la gl. entre les doigts, il suinte par ces petits trous un mucus épais et filant, produit de la sécrétion de cet organe.

Si la malade eût vécu plus longtemps, le kyste d'uniloculaire qu'il était se serait probablement converti en un kyste multiloculaire.

Observ. 36. — Extr. de l'obs. 38 de HUGUIER (même orig. p. 817. pl. 3. fig. 5-6.)

Kyste du conduit excréteur gauche.

28 octobre 1845. — Tes... Emé... 46 ans, blanchisseuse, bonne constitution réglée à 14 ans, menstrues régulières, abondantes. Deux enfants, pas de maladie vénérienne. Elle s'est aperçue, il y a 3 mois, d'une grosseur à la grande lèvre gauche qui, le 29 octobre est du volume d'une noix et de son brou, à consistance égale, élastique, fluctuante dans toute son étendue, déformant la grande lèvre qui a la figure d'une poire allongée à grosse extrémité dirigée en bas et en arrière. La base et l'extrémité postérieure de la petite lèvre est dédoublée, soulevée par la tumeur, ce qui la rend plus courte, plus proéminente que la nymphe droite, le sillon nympho-labial gauche est moins profond; si on fait saillir la tumeur on la trouve arrondie. En haut, elle dépasse le méat urinaire, en bas elle déprime et abaisse l'extrémité anale de la grande lèvre qui descend sur le périnée plus bas que l'autre; sur le milieu du segment interne rose et muqueux de la tumeur se voit un mamelon triangulaire, vestige de la caroncule myrtiforme sous laquelle se trouve l'orifice oblitéré du canal excréteur. Cette partie du kyste qui regarde en dedans oblitère entièrement la vulve. Le segment externe plonge dans le tissu cellulaire de la grande lèvre, est

recouvert par la peau, se prolonge jusque vers la face interne de la branche ascendante de l'ischion dont il n'est séparé que par la gl. vulvo-vaginale qui adhère intimement à lui et qui au palper est ferme, résistante, non fluctuante.

Kyste enlevé en entier sans être ouvert. La tumeur a une longueur transversale de 19 m/m une largeur verticale de 26 m/m, une grande circonférence de 9 c/m. Le segment interne de la tumeur adhère par un tissu cellulaire dense, serré, à la muqueuse et à la portion latérale gauche de l'extrémité inférieure du vagin. Le segment externe est uni à la face interne de la gl.; sa partie antérieure et inférieure au muscle constricteur du vagin. Une portion de ces muscles a été enlevée avec le kyste aùquel ils adhéraient fortement. La partie postérieure et supérieure du kyste était unie à du tissu cellulaire adipeux. Ses parois d'une épaisseur de 1 m/m, sont formées de 2 couches : une externe, blanche, fibreuse; une interne, muqueuse, douce, polie. La cavité est très régulière, un peu ovalaire. En dehors, dans le point où le kyste est accolé à la surface interne de la gl., on observe quatre petits trous qui ont 1 à 2 m/m de diamètre par où un stylet pénètre à 3 à 4 m/m dans l'épaisseur de la gl. Ces orifices sont les points d'origine des rameaux du conduit excréteur, rameaux qui commençaient eux-mêmes à se dilater, car ils sont plus larges que leur point de communication avec le kyste. C'est de cette façon que ce kyste uniloculaire fût devenu un kyste multiloculaire s'il n'eût été enlevé.

En dedans et sur la partie postérieure du kyste, on reconnaît la trace de l'extrémité interne du conduit excréteur, un petit enfoncement terminé en cul-de-sac et une petite valvule semi-lunaire en marquait le siège.

Le 11 décembre, complète guérison.

Observ. 37. — Extr de l'obs. de MAC DONNELL. — London med. gaz-ser 9. vol. IX. 1849p. 1052. — *British, Americ. journ. of. med.* 1849.

Tumeur de la grande lèvre gauche.

Je suis consulté le 16 mars 1846 par une dame d'environ 36 ans, qui trois ans auparavant, après un voyage long et dur, en hiver, pendant lequel elle souffrit beaucoup du mauvais état des chemins avait été prise de vomissements violents qui durèrent 15 jours; et qui, après qu'ils eurent cessé, s'aperçut pour la première fois d'une petite tumeur dans l'épaisseur de la lèvre gauche, qu'elle considérait comme une hernie produite par les efforts du vomissement, car elle avait été atteinte autrefois d'une hernie inguinale.

Cette tumeur n'était nullement douloureuse, ne diminuait, ni ne s'accroissait à aucun moment ; aucune fluctuation ; aucun œdème ; pas de chaleur ; pas de rougeur ; elle s'était lentement développée sans causer ni gêne, ni douleur. Les règles avaient cessé depuis des années. Il n'y a eu qu'une seule grossesse suivie d'avortement.

Tout dernièrement elle était arrivée à gêner les mouvements de la malade qui ne pouvait plus s'asseoir à moins de se renverser fortement en arrière. Quand elle était assise sur un siège dur, elle ressentait une douleur très vive qui traversait tout le bassin depuis les lèvres jusqu'au sacrum. Dans les derniers temps, elle avait été tourmentée par des douleurs qui remontaient jusqu'aux reins; la tumeur en elle-même n'était nullement sensible; il n'y avait rien du côté du vagin, rien du côté de la vessie.

A l'examen. — Une tumeur de forme ovale, occupant la lèvre gauche, du volume d'un gros œuf de poule, s'étendant depuis la fourchette antérieure jusqu'au périnée et envoyant en haut

et en arrière, le long de la paroi vaginale, un prolongement de deux pouces de long.

La peau qui recouvrait la tumeur ne présentait aucune trace d'inflammation et glissait facilement en tous sens. Aucune douleur à la pression. Chaque quinte de toux imprimait un mouvement d'impulsion quand on laissait les parties dans leur état naturel, mais si on soulevait légèrement la tumeur entre deux doigts, il ne se produisait plus d'impulsion. A la percussion cette tumeur donnait un son plein ; toutes les tentatives pour la réduire dans la cavité abdominale avaient complètement échoué. Point d'irrégularité à la surface, jamais de bruit de gargouillement, jamais le moindre changement apparent quel que soit d'ailleurs l'état des intestins : que la malade fût constipée ou relâchée, la tumeur était toujours aussi souple et aussi petite.

Le 20 *mars.* — Une ponction exploratrice fit écouler une matière olive foncé sans odeur; par l'ouverture agrandie il sortit un verre à boire plein de liquide épais à consistance de crème et qui, au microscope, était composé de globules de pus en décomposition avec une grande quantité de quelque chose qui paraissait être des squames épithéliales. Cautérisation du sac de la tumeur avec le nitrate d'argent.

10 *avril.* — Parfait rétablissement. Aucune trace de la maladie.

Jules Aumoine émet l'hypothèse (contestable ajoute-t-il) d'une tumeur fibreuse des grandes lèvres contenue dans le sac dartoïque et remontant jusqu'au canal inguinal. Macdonnell et aussi Churchill se bornaient à dire tumeur enkystée des lèvres. Duplay en fait une tumeur du ligament rond. Berthelin en fait un kyste du canal de Nuck. Quant à nous, nous croyons qu'il s'agit d'un

kyste de la glande de Bartholin ; les douleurs s'expliquent par la situation, dans ce que Guéniot avait appelé la sphère génitale.

Observ. 38. — Extrait de l'observation XXXIV de Huguier *Mém. acad. nation. de méd.*, t. XV, 1850, p. 808, pl. 3, fig. 1.

Kyste des granulations accessoires de la gl. vulvo-vaginale gauche. — 16 nov. 1842. Adèl... Lamb... 18 ans, femme de joie, constitution moyenne, tempérament lymphatique, habituellement bien portante, réglée à 13 ans et demi, la menstruation ne s'est établie que difficilement; durée des règles 8 à 9 jours; un peu de leucorrhée avant les premières règles, depuis lors pas de leucorrhée. Elle vint ici il y a 3 ans pour chancres. Quelque temps auparavant elle s'était aperçue par hasard de la présence d'une tumeur à la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, tumeur indolente, à peu près du même valume que celui qu'elle offre maiutenant, ne causant aucune douleur même pendant les rapports sexuels quoiqu'ils fussent très fréquents.

Couchée sur le dos, les cuises écartées, les parties génitales externes ne présentent rien d'anormal. Si on fait exécuter à la malade un effort un peu violent comme pour aller à la selle, il se présente à l'entrée du vagin et entre les petites lèvres qu'elle écarte, une tumeur recouverte par la muqueuse vaginale qui vient faire saillie à l'extérieur et semble jusqu'à un certain point simuler un prolapsus; volume et aspect d'une noix dont la moitié seulement serait perceptible à la vue. La tumeur est un peu déviée sur le côté gauche, elle présente à sa surface la muqueuse vaginale avec ses plis et ses rides, et à sa partie médiane mais un peu inclinée à gauche se voit une crête saillante

formée par un repli de cette muqueuse en forme de raphé.

Lorsqu'on pratique le toucher, la tumeur fuit sous le doigt et s'enfonce dans le vagin, restant fixée à la partie supérieure et à peu de distance de la face postérieure de la symphyse pubienne; le doigt en crochet la ramène facilement à l'entrée du vagin, on peut apprécier son volume qui est celui d'une grosse noix. En la comprimant, aucune douleur, une sensation, comme de fluctuation, semblabble à celle qui serait causée par un kyste rempli de liquide ou d'une substance molle, L'extrémité de l'index sent, derrière la tumeur ainsi ramenée en avant, une sonde introduite dans le canal de l'urèthe, au-dessous duquel la tumeur se trouve et dont elle est parfaitement indépendante. La muqueuse n'adhère pas non plus à la tumeur et glisse assez facilement sur sa surface. Le pédicule de la grosseur ou plutôt le point par lequel elle adhère le plus solidement est situé à sa partie supérieure et un peu à gauche il se continue avec une substance plus ferme, plus consistantes que les autres parties molles. La miction n'est pas gênée, le coït seul lorsqu'il a été plusieurs fois répété éveille quelques douleurs dans le point qu'occupe la tumeur.

20 novembre. — Le kyste et une partie de la gl. sont enlevés : une incision longitudiuale est d'abord pratiquée le long de la crête saillante mentionnée plus haut. Cette incision est coupée par une seconde incision perpendiculaire à la première et qui met à nu, dans toute son étendue, la partie antérieure de la tumeur; tandis qu'une sonde introduite dans l'urèthre en indique le trajet pour qu'on évite de le blesser; le doigt d'un aide, recourbé derrière la tumeur, la fait saillir en avant et permet de la disséquer facilement du côté de son pédicule qui, d'une nature granuleuse offre la plus grande résistance et se porte à

gauche vers la partie interne de la branche ascendante de l'ischion.

Très léger écoulement de sang après l'opération. Le kyste est enlevé en entier sans avoir été ouvert. La surface dans toute sa circonférence, excepté dans le point où elle se continuait avec la glande est régulièrement arrondie, recouverte d'un tissu cellulaire floconneux. Ce tissu enlevé avec ménagement sur un des points de la tumeur, on arriva sur une membrane fibreuse blanche, résistante. La partie du kyste qui répondait à la glande et à la branche ischiatique gauche présente une traînée de granulations glanduleuses, les unes entières, les autres coupées par le bistouri, de sorte que cette portion offre des saillies granuleuses et des cupules de même nature (pl. 3, fig. 1-2).

Dix jours après, la malade était entièrement guérie.

Observ. 39. — Extr. de l'obs. de Hoening. *Monatschr. für geburtskunde u. frauenkr.* Berlin Bd. 34. 1869, p. 130.

Grand kyste de la glande gauche de Bartholin.

Une dame anglaise, 36 ans, non mariée, avait depuis l'âge de 15 ans, des troubles de dysménorrhée, avec des intervalles réguliers de quatre semaines, sans écoulement sanguin par le vagin. A l'examen, on trouva un hymen imperforé qu'on incisa et il s'écoula en grande quantité du sang noirâtre, épais. A partir de ce moment elle fut réglée tous les mois pendant plus d'un an, mais les règles étaient accompagnées de douleurs intenses ; puis les règles cessèrent et il apparut des symptômes d'anémie : faiblesse dans les jambes, palpitations, vertiges, etc... De nouveau à 23 ans elle est réglée, elle a des flueurs blanches, et elle raconte avoir quelque temps après perdu par le vagin une grande quantité de pus mêlé à du sang. Ses médecins déclarèrent qu'un

abcès avait dû se former, percer seul, et que l'hymen se serait laissé distendre en ouvrant l'entrée du vagin ; à partir de ce moment les règles réapparaissent régulièrement et cependant les douleurs persistent comme auparavant et résistent à tout traitement. Cet état durait depuis deux ans quand la malade s'aperçut qu'une tumeur irréductible sortait du vagin, s'accroissant à l'époque menstruelle d'une façon considérable et rapide ; avec la turgescence il y avait des douleurs violentes au niveau de la tumeur.

On prit alors cette tumeur pour un prolapsus de l'utérus et du vagin, mais le médecin qui maintenant examinait la malade était très étonné de ne pas reconnaître l'utérus.

Le 27 *décembre* 1868. — Elle entre à la clinique de Bonn, elle est de taille moyenne, a l'air bien portant ; rien de particulier aux organes génitaux externes ; méat normal ; hymen déchiré par places permettant l'introduction du doigt. Entre les petites lèvres, bouchant l'entrée du vagin, on voit une petite tumeur rouge, ayant l'aspect de la muqueuse vaginale normale, à surface lisse, couverte de vaisseaux ; elle est située à gauche et se continue en s'amincissant dans la petite lèvre qui n'est pas augmentée pour cela. En suivant la tumeur en haut, on sent qu'elle augmente de dimension vers le milieu du vagin au point qu'on ne peut faire passer plus d'un doigt entre elle et la paroi vaginale droite; plus haut elle diminue encore un peu de volume, on atteint difficilement le col utérin déplacé à droite par la tumeur. Par le palper abdominal on sent la tumeur grosse comme un œuf d'oie, molle, élastique.

L'histoire de la malade et l'examen gynécologique font penser à un utérus et à un vagin doubles avec rétention des menstrues dans une moitié du vagin.

La malade endormie, on excisa une partie de la paroi de la tumeur. Par l'incision il sortit un liquide épais, grisâtre, gras et en très grande abondance, beaucoup plus visqueux que ne le laissait soupçonner la constitution élastique de la tumeur : il contenait des cellules épithéliales à tous les stades de dégénérescence, des globules rouges et blancs, des globules de graisse et des cristaux. La surface interne était, par places, rude au toucher et en d'autres endroits tout à fait lisse ; on pouvait très loin en haut faire pénétrer le doigt, mais le sac était partout clos ; avec le doigt recourbé en avant on pouvait aller jusque dans le tiers postérieur de la grande lèvre ; à travers la paroi du kyste on pouvait sentir en haut la portion cervicale de l'utérus et le doigt ainsi introduit dans le sac pouvait être touché à travers l'abdomen.

L'utérus était dévié un peu à droite, le museau de tanche était circulaire comme chez une nullipare, le corps de l'utérus était fléchi en avant et à droite, la paroi vaginale gauche était plus oblique que la droite, le vagin se continuait à gauche presque directement avec la partie terminale du col.

Injections deux fois par jour dans le kyste ; le liquide sécrété en même quantité qu'au moment de l'opération, devenait, dès le troisième jour, purulent à odeur très pénétrante. La fièvre diminua et cessa. A partir du sixième ou septième jour la sécrétion diminua et l'ouverture aussi, on ne pouvait introduire le doigt que très difficilement. Le 11 janvier la malade partit avec la recommandation de continuer les injections. Vers la fin de février, la cavité était presque fermée, on ne pouvait introduire qu'une sonde fine, elle mesurait en haut un 1/2 centimètre et 1 centimètre en avant ; on sentait à travers la paroi la pointe de la sonde dans le tiers inférieur de la grande lèvre.

L'état général de la malade était satisfaisant, les douleurs qu'auparavant elle ressentait toujours quelque temps avant ses règles avaient complètement disparu. La sécrétion, qui au début, était purulente et d'une odeur infecte était complètement tarie.

Hœning élimine de son diagnostic les kystes siégeant sous la muqueuse vaginale qui se développent probablement par distension des canaux de Wolff, et d'après le siège il est plus probable, dit-il, qu'il venait de la glande de Bartholin ; et les métamorphoses du contenu de ces kystes expliqueraient ici la nature de celui qu'on y a rencontré. Il ajoute que Huguier n'a jamais trouvé un cas comparable à celui-ci, son observation XXXIV seule ressemblerait quelque peu ; Boys de Loury a découvert un cas approchant.

Il est probable, dit Zweifel au sujet de l'étiologie de ce kyste que l'atrésie de l'hymen et l'obstruction des canaux glandulaires ont débuté simultanément dans la jeunesse. Pozzi pense que c'était un kyste du vagin d'origine wolffienne. Pour nous, nous le rangerons dans les kystes de la glande de Bartholin comme Winckel et la plupart des auteurs.

Observ. 40.— Extrait de l'observation XXIII de Paletta. *Mém. de l'Institut italien*, t. II (cité dans Duplay).

L'autre hydrocèle que j'ai observée avait presque le volume du poing ; elle avait son siège sur la lèvre gauche de la vulve chez une femme de 45 ans. Cette tumeur a augmenté lentement à la suite d'une fièvre aiguë. Les signes existants ne suffisaient pas pour éclairer le chirurgien si cette tumeur était une hydrocèle

ou un stéatome, c'est ce qu'il n'était pas possible de décider, vu l'épaisseur du kyste.

Néanmoins après avoir percuté la tumeur, je me suis décidé à l'ouvrir dans le sens de la longueur et il est sorti beaucoup de sérosité ; il est resté une cavité formée par une membrane dense. Pour empêcher une nouvelle accumulation de sérosité j'ai séparé complètement cette membrane et l'ai coupée au niveau de l'anneau inguinal. Il y avait à ce niveau un tubercule dur et résistant qui fut compris dans la section et l'excision causa beaucoup de douleur. Je vis bientôt que c'était l'extrémité du cordon vasculaire qui avait été coupée, car d'un côté elle laissait libre l'ouverture de l'anneau abdominal où l'on pouvait introduire l'extrémité du doigt. Du reste il n'est survenu aucune hémorragie, mais les jours suivants la femme fut souvent tourmentée de vomissements. Un engorgement douloureux se manifesta à l'aine, et à l'extrémité du cordon rond il se forma une espèce de nœud, un gonflement. Mais tous ces symptômes disparurent quand la suppuration s'établit. Cette suppuration fut longue ; cependant la guérison fut parfaite.

C'est à tort, croyons-nous, que Duplay cite cette observation comme un exemple de tumeur du ligament rond et que Berthelin comme Paletta la qualifient d'hydrocèle de la femme.

Observ. 41. — Extrait de l'observation de Wile. *Améric. Journ. of. obst. and dis. of Women.* N-Y., 1881, vol 14, p. 588.

Kyste de la grande lèvre droite.

Mme B..., 44 ans, eut plusieurs fausses couches : en 1863 au troisième mois, en 1865, 1869, 1874; elle accoucha aussi au sep-

tième mois d'une fille pesant 4 livres. Après la première fausse couche de 1863, elle découvre sur la lèvre droite de la vulve une tumeur, qui progressivement, devint comme un petit œuf de poule, ne provoquant ni gêne, ni douleur. Sur l'avis d'un médecin elle appliqua pendant longtemps un onguent résolutif: la grosseur devint du volume d'un œuf de moineau et resta stationnaire jusqu'en 1881. La malade fut séparée de son mari de 1876 au 15 janvier 1881. La menstruation cesse le 25 décembre 1880. Le 1er mars 1881 la tumeur grossit rapidement jusqu'à complètement empêcher les relations sexuelles. Le 21 mars 1881, le vagin est complètement fermé par une tumeur siégeant sur la lèvre droite, du volume d'un œuf de dinde, non réductible, insensible, indolore, légèrement fluctuante, transparente à la lumière d'une bougie. Une ponction par aspiration donne un liquide clair, limpide. Wile diagnostique une hydrocèle.

Ponction suivie d'une pression bimanuelle, il y a évacuation complète du liquide ; les surfaces sont pétries avec les doigts afin d'obtenir une inflammation suffisante pour détruire le sac ou produire l'adhésion des parois.

Le 28 *mars* 1881. — Il y a récidive avec douleur excessive, insomnie. Le surlendemain : incision, on obtint plus d'une demi-tasse à thé de pus. Récidive nouvelle le 28 avril : incision de bas en haut, résection le plus possible du sac, pansement journalier pendant deux semaines ; guérison complète.

Pour Rabère, ce ne serait pas une hydrocèle enkystée comme le croirait Wile, mais un kyste de la glande de Bartholin et c'est également notre avis.

Observ. 42. — Extrait de l'observation II de Lagrange. — *Annales de tocologie*, 1886, p 976.

Kyste glandulaire hématique de la grande lèvre gauche.

Mme X..., 49 ans, bonne santé, porte à la grande lèvre gauche, à la partie supérieure, une tumeur dont le début remonte à vingt ans environ; quand elle s'en aperçut elle avait le volume d'une noisette, indolore, grossissait et se tuméfiait au moment des règles ; longtemps stationnaire, cette tumeur s'accrut dans d'assez grandes proportions dans le courant de 1885.

A 47 ans la menstruation cessa, et brusquement la tumeur prit un développement rapide. La peau distendue devint noirâtre à son niveau ; en quatre ou cinq mois, d'une noisette elle acquit la grosseur d'une petite orange.

22 *août* 1885. — Avec le Dr Mengarduque, nous constatons la présence d'une collection très fluctuante, contenant un liquide opaque dont la couleur noire est en quelque sorte apparente à travers les parois de la poche amincie. Cette poche située dans le tiers supérieur de la grande lèvre gauche soulevait le sillon qui la sépare de la petite lèvre ; la peau glisse sur elle très facilement et la palpation attentive rèvéle au-dessous la présence d'une tunique fibreuse assez épaisse.

Le siège de cette tumeur me fait songer à une collection enkystée du canal de Nück, diagnostic auquel je m'arrête bien que l'examen du canal inguinal correspondant n'ait rien révélé de particulier. Le 29 août, extirpation du kyste sans l'ouvrir; guérison rapide et définitive.

L'examen histologique se fait dans le laboratoire du professeur Coyne. Le liquide s'écoulant de la poche immédiatement après l'opération est sirupeux, filant comme de l'huile, noir très foncé. Traité par l'éther il se dissout très notablement ainsi que par l'essence de térébenthine. Au microscope : nombreux débris de corpuscules sanguins.

La paroi kystique fibreuse est épaisse d'un millimètre environ : le tissu cellulaire séparant la peau de la paroi fibreuse très peu abondant, il est divisé en plusieurs lamelles, si bien que les préparations présentent un aspect feuilleté dans le sens longitudinal. Il n'y a pas de vaisseaux dans la paroi du kyste, on n'y voit que quelques conduits vasculaires d'un petit calibre. Pas de fibres musculaires lisses. L'épithélium présente une seule couche de cellules cylindriques presque toutes conformes au type glandulaire normal ; aucune de ces cellules ne présente de cils vibratiles.

La nature même de cet épithélium suffit à démontrer qu'il s'agit, dans ce fait, d'un kyste glandulaire. Le contenu hématique en est facilement expliquable par les congestions périodiques dont cette tumeur a été le siège pendant vingt ans, aux époques menstruelles, et particulièrement dans ces dernières années, après la disparition des règles. Il n'en est pas de même du siège, qui est vraiment singulier ; à l'état normal, il n'y a point de glande dans la partie supérieure de la grande lèvre et cependant l'épithélium du kyste dont nous parlons est bien glandulaire, le professeur Coyne l'a constaté avec nous. Il est probable qu'il s'agit d'un glandule muqueux aberrant, dépendant plus ou moins de la glande vulvo-vaginale située à la partie inférieure de la vulve.

Observ. 43. — Obs. de Dobert. *Journ. d. accouch. et d. mal. d. femmes*, mai 1906. — *Sem. gynéc.*, 1896, p. 183.

Tumeur de la grande lèvre droite prise pour une hernie.

Femme de 44 ans, entrée à l'hôpital avec le diagnostic de hernie. Depuis deux ans elle avait remarqué une tumeur au niveau des grandes lèvres qui tantôt disparaissait, tantôt reve-

nait. La marche est difficile, les douleurs parfois vives. A l'examen : tumeur du volume d'un œuf, rénitente, assez mobile, occupant entièrement la grande lèvre droite, produisant l'occlusion du vagin. Au toucher on sent qu'un diverticulum de la tumeur se prolonge du côté du rectum. Opération ; énucléation de la poche menée à bien mais non sans difficultés à cause du diverticulum de forme conique qui arrive presque à toucher le rectum. Guérison.

Observ. 44. — Extr. de l'obs. de Turgard. *Annales de la polyclin. de Lille*, n° 1, 1896.— *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. XVIII, 1896. p. 151. — *Sem. gyn.*, 1896. p. 78.

Kyste hématique de la vulve, côté gauche.

Tumeur kystique au côté gauche de la vulve ; la grande et la petite lèvres sont distendues, déplissées par une tumeur fluctuante. irréductible, d'une matité absolue. Au sommet de la grande lèvre, au voisinage du clitoris, la peau est amincie, luisante ; la base des lèvres forme à la tumeur un pédicule mince en forme de lame, on ne trouve dans ce pédicule aucun prolongement se dirigeant vers le canal inguinal ; ce caractère ainsi que la matité et l'irréductibilité font éliminer le diagnostic de hernie de la grande lèvre. On pourrait encore penser à une hydrocèle ou hydropisie du canal de Nück ou du ligament rond mais les commémoratifs nous font écarter cette idée.

Cette femme dit qu'étant jeune fille elle a eu un abcès de la grande lèvre qui s'est ouvert spontanément. Etant mariée elle est devenue deux fois enceinte et pendant ses deux grossesses la tumeur s'est reproduite pour diminuer après l'accouchement. Enfin pendant une troisième grossesse, la tumeur s'est reproduite de nouveau, mais après l'accouchement elle n'a pas rétro-

cédé. Enfin, il y a trois semaines, s'étant assise brusquement sur un corps dur, elle vit sa tumeur prendre peu à peu le développement actuel qui est de la grosseur du poing.

Il s'agit d'un kyste de la glande de Bartholin qui a subi plusieurs poussées et qui s'est rompu sous l'influence d'un choc violent. Il s'est fait alors un épanchement sanguin qui a distendu la grande et la petite lèvres.

Incision. — Il sort 200 grammes environ d'un liquide brun sale, injection, drainage. Actuellement il reste un léger trajet fistuleux.

Observ. 45. — Obs. de Dobert. *Journ. d. accouch. et des mal. d. femmes* mai 1896. — *Sem. gynéc.*, 1896, p. 183.

Kyste probable d'une portion aberrante de la glande de Bartholin.

Femme 25 ans, trois enfants, présente au niveau de la paroi postérieure du vagin une tumeur du volume d'une noix, adhérente à la muqueuse mais mobile sur les parties profondes ; cette mobilité est telle que le doigt recourbé en crochet peut entièrement en faire le tour. Opération ; incision elliptique de la muqueuse vaginale ; extirpation ; guérison par première intention.

Au microscope. — La tumeur se montre tapissée d'un épithélium aplati au milieu d'un stroma conjonctif dense. Il y a adhérence entre les parois et la muqueuse vaginale, mais aucun rapport entre les deux épithéliums. La question se pose, l'origine vaginale du kyste étant ainsi écartée, si la tumeur ne provient pas d'une portion aberrante de la glande de Bartholin.

Observ. 46. — Extr. de l'obs. I de Recklinghausen. *Archiv. f. path. anat. herausg. von* Virchow, Berlin, 1881, Bd 84(8 folge. Bd 4) Helft, 3, p. 467, fig. 10.

Kystes de la glande de Bartholin des deux côtés.

En disséquant les organes génitaux externes d'une femme, on trouva à gauche, au tiers inférieur de la lèvre, sur l'emplacement de la glande de Bartholin, un kyste bien arrondi de la grosseur d'une noix, lisse intérieurement, à contenu fluide. La paroi avait une épaisseur moyenne de 1 millimètre.

Au microscope. — La paroi était formée de tissu fasciculé assez dense, relativement pauvre en cellules ; presque partout l'épithélium était bien conservé, à deux couches : l'inférieure à petites cellules germinatives, la supérieure à cellules cylindriques avec renflement sphérique vers le bord libre et se terminant en cupule sans cils vibratiles.

La paroi kystique était fusionnée avec le tissu conjonctif sous-muqueux du vestibule formant en tout une épaisseur de 3 millimètres. Le conduit excréteur n'avait aucune relation directe avec le kyste, une soie ne pénétrait qu'à 2 millimètres et à partir de là on ne pouvait même plus le suivre au microscope ; il se présentait sous forme d'un cylindre fermé en cul-de-sac, tapissé d'un épithélium, à paroi épaisse fibreuse. Dans le tissu conjonctif environnant très fibreux comme du tissu de cicatrisation, on ne trouvait nulle part un reste de conduit ; dans la paroi du kyste aucune invagination n'indiquait son passage.

Dans la cavité kystique, vers le côté anal, il y avait, bordée de deux très petites fossettes, une proéminence portant dans son intérieur une excavation qui elle-même présentait une fossette. Une coupe perpendiculaire montrait là un tissu fibreux

assez lâche avec tubes glandulaires plus espacés que normalement, présentant tantôt une diminution, tantôt une dilatation de leur lumière et un aplatissement de leur épithélium. Plusieurs de ces canaux élargis, remplis d'une substance hyaline, s'abouchaient dans ces petites fossettes et aussi sur de petites élévations où macroscopiquement on ne voyait rien.

A droite. — Sur la grande lèvre correspondant au même endroit se trouvait une tumeur plate, discoïde.

Après durcissement, l'incision fait voir une fente étroite, circulaire comme le disque, longue de 9 millimètres ; au milieu du disque un canal long de 2 millimètres perpendiculaire à la surface de la fente et qui s'ouvrait dans l'angle formé par la petite lèvre et le reste de l'hymen, il pouvait recevoir une soie de porc assez épaisse. Au-dessous de cet orifice se trouvait une autre ouverture acceptant également une soie mais seulement sur une longueur de 2 mm. 5, car il se terminait en cæcum.

Au miscroscope. — On voyait dans son prolongement, sur une toute petite étendue, un cordon solide de cellules épithéliales, polygonales, riches en protoplasma, ressemblant aux cellules hépatiques. Ce deuxième conduit s'abouchait exactement à l'endroit où s'efface la petite lèvre, ayant la même situation que celui du côté gauche. On peut dire que ce deuxième canal était de création nouvelle et l'interprétation la plus naturelle était qu'il s'était formé par suite de l'abouchement du kyste dans le vestibule ; cette fistule permanente pouvait être confondue avec un conduit excréteur normal.

La substance glandulaire se trouvait en bas et en arrière sur le bord du sac kystique parcouru de tubes glandulaires avec leur lumière tantôt rétrécie, tantôt dilatée, dont les parois étaient épaissies et l'épithélium aplati ; elle se confondait avec le tissu

ambiant mélangé de tissu fibreux, exactement comme au côté opposé.

La paroi du kyste est particulièrement intéressante, moins régulièrement épaisse que celle du kyste gauche, composée d'une couche de tissu conjonctif à deux assises de 1 millimètre chacune d'épaisseur : l'externe est fibreuse, lamellaire, à couches concentriques pourvues de fibres élastiques très denses et de vaisseaux ayant une direction parallèle à ces fibres ; l'interne est transparente, riche en cellules fusiformes adaptées à du tissu conjonctif lâche, parcouru de vaisseaux perpendiculaires allant se ramifier à la surface ; en résumé, un tissu conjonctif jeune. La partie la plus superficielle de cette assise interne possède sous l'épithélium un amas de cellules rondes la faisant ressembler au tissu adénoïde de la muqueuse stomacale par exemple.

Par la structure plus encore que par ses relations de voisinage, on peut assimiler l'assise externe à la couche totale fibreuse de la paroi du kyste gauche et considérer l'assise interne comme quelque chose de particulier, comme une néoformation.

Il y a encore : 1° des grosses papilles très nettes sur la couche épithéliale ; 2° des tubes glandulaires formés de cylindres simples, droits, à lumière assez dilatée, avec une couche de cellules épithéliales germinatives, terminées en cæcum, se renflant en deux massues ou se divisant en trois branches ; on pouvait les distinguer d'autant plus facilement des tubes gandulaires isolés appartenant à la glande et allant s'ouvrir dans le sillon des parties de recouvrement qu'on les trouvait en assez grande abondance sur le bord du kyste où la substance glandulaire faisait défaut et qui était opposée au côté où se trouvait la glande ; 3° des amas cellulaires sphériques qu'on pourrait pren-

dre pour des follicules clos lymphatiques. L'épithélium qui les tapissait avait au moins deux couches ; sur les grandes papilles les couches étaient beaucoup plus abondantes, les cellules isolées étaient petites, polygonales ; celles de la couche inférieure de la papille étaient cylindriques et basses, les cellules superficielles n'étaient ni aplaties, ni cylindriques.

Diagnostic. — Des deux côtés, interruption du conduit excréteur de la glande de Bartholin dans sa partie hilaire, formation kystique, myxadénite fibreuse et myxangioïtis, dilatation des petits canaux glandulaires. A gauche ouverture anormale du kyste dans le vagin et néoformation de tissu à l'intérieur du kyste.

Dans le kyste ouvert de la glande de Bartholin qui siégeait à gauche, s'est développée sur sa paroi une couche très épaisse de tissu granuleux dans laquelle on trouve non seulement des papilles, mais aussi des tubes glandulaires nouvellement formés. L'épithélium de la surface libre montre la même disposition que dans un kyste fermé. J'insiste sur ces faits que ces tubes glandulaires se trouvaient aussi sur le bord du kyste qui n'était pas adjacent à la glande de Bartholin, de sorte qu'on ne doit pas les prendre pour des conduits glandulaires préformés mais néoformés. S'il y avait tant de productions hétérogènes comme les papilles et les tubes glandulaires, c'est parce que la sécrétion était tarie et parce qu'il se formait du tissu conjonctif et des vaisseaux en très grande abondance.

Observ. 47. — Extr. de l'obs. II de Recklinghausen (même orig. p. 469, fig. 11).

Kystes de la glande de Bartholin des deux côtés.

Chez une femme syphilitique le vagin présente à la partie

supérieure de l'entrée plusieurs cicatrices en rayons ; caroncules myrtiformes extrêmement rudimentaires avec muqueuse rugueuse; pas de trace d'ouverture du canal bartholinique ni à droite, ni à gauche.

Dans la lèvre gauche, on trouve à la place de la glande de Bartholin, recouvert à sa partie supérieure par le bulbe des corps caverneux du clitoris, un kyste ovoïde facilement énucléable sauf où il y a un prolongement du bulbe. Il mesure 22 millimètres de long, 17 millimètres de large, 15 millimètres d'épaisseur, une paroi très mince 0 mm. 2 à 0 mm. 4 mais plus épaisse et moins transparente du côté du prolongement bulbaire.

Macroscopiquement la coupe est lisse comme du tissu conjonctif, mais au microscope on constate qu'il y a des places plus épaisses renfermant de la substance glandulaire. Près du bord, sur un endroit situé en face de cette partie épaisse, le kyste envoie un prolongement creux, régulier, cylindrique dont l'ouverture du côté du kyste a une forme en entonnoir, d'une longueur de 5 millimètres et d'une épaisseur de 2 millimètres se terminant en un cul-de-sac arrondi qui est fixé par du tissu conjonctif à la muqueuse de l'entrée vulvaire, juste à l'endroit où devrait se trouver l'abouchement du conduit excréteur et où il n'existe qu'un épaississement cicatriciel et rugueux.

Il n'y a donc aucun doute que ce prolongement résultait de l'oblitération du conduit excréteur du kyste ; du reste il ne partait pas perpendiculairement du kyste mais obliquement pour deux raisons : la première, savoir qu'il provenait plutôt du côté externe aplati plutôt que du bord du kyste, et la seconde qu'il avait un trajet oblique en haut et en dedans ; à cause de cela une coupe transversale de la paroi kystique montre sa partie antérieure plus longue et plus voûtée (plus épaisse) que sa partie

externe. Sur cette dernière il y a un endroit où la glande est située dans la paroi parce qu'on trouve une petite entaille par laquelle on peut, comme dans une poche, introduire une sonde fine. Cette sonde parcourt un canal de 2 mm. 5 de longueur dont le trajet se trouve à l'intérieur de la paroi kystique épaissie mais transparente et s'ouvre dans le kyste par une toute petite fossette.

Il résulte que le kyste ovoïde proprement dit est manifestement formé par le conduit excréteur à l'endroit où il s'enfonce dans la glande (partie hilaire), la partie terminale dilatée du canal ainsi qu'un autre canal principal élargi ne sont que des annexes de la cavité kystique ; la glande a été comprimée et a disparu dans la paroi du kyste.

Au microscope. — La paroi du kyste a un épithélium à une seule couche ; il se compose de tissu conjonctif disposé en lamelles, assez dense et seulement plus lâche dans les parties glandulaires. La paroi antérieure mince et fibreuse présente des cellules épithéliales très petites, plates et polygonales ; celles-ci sont régulières et cylindriques sur la portion glandulaire où se montrent, même à l'œil nu, sur la surface interne, des granulations nombreuses résultant de ce que l'épithélium a formé ici des petits cônes dans lequels il n'y a pas d'élévations papillaires de tissu conjonctif.

La substance glandulaire renferme des acini très petits, avec beaucoup de tubes glandulaires et des canaux principaux disséminés, ramifiés et isolés par du tissu conjonctif ; leur épithélium est généralement très plat surtout dans les canaux à lumière élargie. On ne trouve, entre les parois des tubes glandulaires, ni faisceaux de tissu conjonctif scléreux, ni épaississement fibreux des parois des conduits excréteurs.

A droite, la substance glandulaire est tout à fait atrophiée ; il existe la même disposition micrographique et macroscopique, des granulations glandulaires, assez rares dans le tissu épaissi mais non durci, et beaucoup plus fréquentes à la périphérie.

En dessous de la muqueuse de l'ouverture vaginale, à l'emplacement du canal excréteur, on trouve un petit tube en forme d'S incurvé (3 mm. d'épaisseur) qui se continue du côté de la glande par un canal glandulaire dilaté traversant, en se ramifiant, tout le tissu glandulaire atrophié.

Le contenu de ces kystes et de celui du conduit est muqueux, visqueux, trouble, contenant de petites granulations solubles dans la glycérine et l'acide acétique, ainsi que des petites cellules muqueuses.

Diagnostic. — Obstruction bilatérale du canal excréteur ; à droite dilatation en tube ; à gauche le kyste est formé aux dépens de la partie hilaire de la glande, surtout à droite atrophie de la substance glandulaire. Pas de signe de myxadénite.

Dans ce cas il ne s'est pas formé un kyste vrai comme à gauche, malgré la même obstruction de l'embouchure, c'est parce que là la glande était très atrophiée.

Observ. 48. — Extr. de l'obs. III de Recklinghausen (même orig. p. 471, fig. 12).

Kystes de la glande de Bartholin des deux côtés.

Chez une femme dont les organes génitaux internes n'avaient aucune lésion anatomique, on trouva au toucher des petites nodosités très dures, de la grosseur d'une noisette, à la partie inférieure les deux grandes lèvres. Hymen intact. A l'endroit normal les points d'abouchement de la glande de Bartholin, laissaient facilement passer une soie sur une longueur de 3 mil-

limètres, il y avait, en outre, un petit follicule glandulaire béant sur la partie droite de l'hymen. Après durcissement et coloration intense par l'acide chromique, la glande avait une grosseur considérable. A gauche elle mesurait 18 millimètres de long, 12 millimètres de large, 9 millimètres d'épaisseur. (Les chiffres les plus élevés de Tiedemann sont normalement 18 mm. ; 9 mm. ; 6 mm.)

Au microscope on remarque que partout la substance glandulaire et devenue très transparente par accumulation de mucus et dilatation des canaux ainsi que par transformation cellulaire des tubes glandulaires agrandis. Dans quelques canaux l'épithélium est remplacé par de la mucosité, et on y reconnaît encore des fragments de cellules ; même dans plusieurs lobules on trouve à côté de tubes bien conservés, du tissu conjonctif avec des alvéoles complètement remplis de mucosité claire, dans d'autres ce stroma n'est plus alvéolaire mais dégénéré ou mieux infiltré par la mucosité comme dans les cancers colloïdes. Là où cette métamorphose muqueuse des tubes et du tissu interstitiel a été poussé plus loin, on voit sur la coupe des masses muqueuses laissant après elles une cavité de 1 à plusieurs millimètres ; ces lacunes sont caractérisées par leurs parois en creux ; cette texture est comparable à l'emphysème alvéolaire du poumon.

Dans ces coupes, les lacunes facilement appréciables par leur grosseur et leur forme allongée ont été formées par les petits canaux glandulaires reconnaissables facilement à leurs couches épithéliales épaisses, triples ou quintuples renfermant généralement des amas muqueux dans leurs lumières dilatées. Ils se trouvent dans la substance glandulaire dégénérée et tels, que de nombreux sacs arrondis et remplis de mucus s'ouvrent

directement dans le canal. On retrouve cette même disposition dans les grands canaux glandulaires, même dans le conduit excréteur principal tout près de son embouchure. Cet état des canaux peut être comparé avec les conduits alvéolaires du poumon. De même que les avéoles se trouvent latéralement et à la portion terminale des conduits alvéolaires, de même ces conduits glandulaires possèdent des petits sacs. On en rencontre aussi dans la portion terminale du conduit excréteur principal ressemblant à des stalactites creuses formées par l'épithélium et qui, à la façon des glandes, s'invaginent dans le tissu alvéolaire infiltré par la mucosité. La lumière du canal proprement dit, malgré l'accumulation du mucus, est assez petite ; d'autre part, il n'y a pas de solutions de continuité de ce canal.

Malgré l'accumulation énorme de tout ce mucus dans tout ce qui est ouverture dans la glande, celle-ci est relativement résistante ce qui est dû à une augmentation du tissu conjonctif sclérosé se propageant du hile par tous les canaux dans la substance glandulaire, mais il n'est pas uniformément réparti. Dans quelques acini on ne trouve qu'un tissu conjonctif fibreux traversé de canaux ramifiés, sinueux, remplis de mucus, béants non par trop grande dilatation, mais parce que leur épithélium disposé en une seule couche a été complètement aplati, a même disparu en quelques endroits, ce qui a agrandi la lumière du canal. Dans quelques acini le tissu sclereux se réduit à quelques points de la substance interstitielle, dans d'autres encore, au voisinage du conduit principal, ce n'est que dans le hile que cette sclérose est très prononcée.

Cette disposition, c'est-à-dire la rétention du mucus, la métamorphose, de même que l'épaississement fibreux de la substance interstitielle, se retrouve dans les deux glandes.

Dans la glande de droite, il y a dans sa partie supérieure et intérieure, un kyste de la grosseur d'un pois (9 millimètres dans son plus grand diamètre) accolé intimement, d'une part à la substance glandulaire, de l'autre côté, au contraire, à l'aide d'une membrane propre, fibreuse ; il ne peut être séparé des tissus voisins non glandulaires, même sur une coupe. On constate facilement que des canaux glandulaires très dilatés, dont trois sont accolés, s'ouvrent dans le kyste par une dilatation en forme d'entonnoir.

Dans le kyste, en bas et en arrière, mais toujours du côté de la glande, se trouve un infundibulum dont le sommet est opposé à la glande et qui se termine en cæcum. Du côté opposé il y a un petit kyste de la grosseur d'une tête d'épingle, séparé par une membrane perforée, et à quelque distance existent encore deux autres petits kystes sphériques complètement isolés du kyste principal. Tous ces kystes sont pourvus d'une membrane lamellaire striée, lisse à l'intérieur, composée d'un épithélium généralement à deux couches dont la supérieure est formée de cellules cylindriques aplaties.

Le conduit excréteur aboutit à la vulve, on le reconnaît parce qu'il est tapissé à son intérieur jusqu'à sa terminaison comme celui du côté gauche par une couche de tissu alvéolaire rempli de mucus et on peut le suivre à l'œil nu sur une longueur de 6 millimètres et introduire une soie jusquà 4 millimètres, point où il se termine dans ce tissu épaissi et fibreux qui le sépare de la glande et du kyste et qui ne permet plus, malgré l'examen minutieux de plusieurs coupes pratiquées en cet endroit, de retrouver la moindre trace d'un conduit glandulaire ; en faisant des coupes dans le tissu fibreux épaissi on peut suivre au contraire le conduit excréteur gauche, à cause de sa struc-

ture et de sa dilatation particulière, jusque dans la glande.

Diagnostic. — Il y a des deux côtés hypertrophie du tissu glandulaire et du conduit excréteur sur toute sa longueur, rétention du mucus et dilatation des canaux glandulaires avec dégénérescence muqueuse, inflammation fibreuse. A droite, interruption du conduit excréteur et formation kystique multiple.

Ce cas montre, à côté des kystes de l'une des glandes, des lacunes multiples très petites; dans les deux glandes, lacunes en dehors des canaux muqueux formés par les tubes grandulaires terminaux résultant d'une métamorphose muqueuse comme ce qui se passe dans les cancers colloïdes, ce sont des lacunes et non des kystes, dans le sens propre du mot, parce qu'ils ne sont pas tapissés d'une membrane.

Observ. 49.— Obs. de Muller. *Berliner Klin. Wochensch.*, 1881, 28e Jahrg, nº 31, p. 448.

Kyste de la glande gauche.

Fr..., 24 ans, blonde, toujours bien portante, réglée à 14 ans régulièrement ; deux couches, la dernière le 25 octobre 1880 d'un enfant de 7 mois.

Elle s'aperçut, il y quelques mois, d'une tumeur de la grosseur d'une noix à la partie gauche des organes génitaux, se vidant à la pression et laissant écouler du pus. Jamais de douleur pas de flueurs blanches, aucune affection gonococcique dans ses antécédents.

A la face interne de la petite lèvre, en avant du point d'abouchement de la glande de Bartholin, on trouve sous la peau une tumeur tendue grosse comme une noisette qui, à la pression, laisse écouler par l'orifice très fin situé à la partie

interne, un pus jaunâtre. L'orifice est si petit qu'on ne peut introduire une canule.

Le 3 *mai* 1881. — Sans narcose le kyste est fendu et extirpé avec sa poche au moyen des ciseaux ; on eut beaucoup de peine car il était fusionné partout aux parties voisines. L'hémorragie fut abondante ; points de suture et bandage phéniqué ; le 8 mai on enlève les fils. Il y eut guérison par première intention.

La face interne du kyste n'est pas lisse, mais présente des irrégularités qui, macroscopiquement déjà accusent une structure papillaire. La coupe faite dans différentes directions montre la forme papillaire de la surface. Le tissu conjonctif qui l'enveloppe est attiré à l'intérieur de la papille, il est ordonné en lamelles et traversé de nombreux vaisseaux. En plusieurs endroits on trouve des éléments muqueux dispersés ; l'épithélium est composé de deux couches ; sur une couche épaisse de cellules rondes il y a un épithélium cylindrique ; vers la surface cet épithélium et la forme papillaire cessent et on trouve ici un épithélium pavimenteux dont la disposition rappelle la préparation de la peau. La transition d'une couche à l'autre est partout insensible ; aux endroits dépourvus d'épithélium on trouve de riches réseaux capillaires et une infiltration cellulaire très avancée. En dessous de la surface on trouve très peu de follicules clos qui sont remplis de cellules rondes.

Ce kyste doit être considéré malgré tout comme un dérivé de la glande de Bartholin quoique présentant des caractères non décrits par Recklinghausen, ceci est probablement dû à ce qu'il suppurait depuis longtemps.

Observ. 50. — Obs. de Hænsel (*Dissert. Würsburg*, 1885, p. 45).

Kyste de la glande droite.

Femme 28 ans, bien portante, mariée à 22 ans. Après la troisième couche la lèvre droite commença à enfler, gênant le coït et la marche. Elle est encore enceinte depuis trois mois, la tumeur augmente, est très douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule, elle se continue en bas et en dedans dans la vulve ; à la pression on a la sensation d'un liquide chassé par un orifice dans un grand espace. La peau est très pigmentée ; rien d'anormal aux organes génitaux.

En excisant la tumeur, il y eut beaucoup de sang ; sutures profondes ; cicatrisation très vite par première intention. La tumeur énucléée était divisée longitudinalement en deux parties ; elle mesurait 7 centimètres de long sur 3 centimètres de large, était séparée par un étranglement en deux portions inégales : une supérieure plus petite appartenant au conduit excréteur dégénéré, l'autre inférieure plus grande qui représentait la glande dégénérée en kyste ; toutes les deux communiquaient par un canal étroit. La paroi de la portion supérieure était plus épaisse que celle de la partie inférieure. Sa surface externe était recouverte d'une peau jaune-brunâtre à bosselures rudes très nombreuses, tantôt épaisses, tantôt fines. La surface interne de la glande et du canal excréteur était tapissée d'une muqueuse lisse, luisante, blanchâtre. L'abouchement du canal excréteur était oblitéré. La paroi kystique se composait de plusieurs membranes superposées les unes aux autres qu'on pouvait facilement séparer : la couche la plus interne muqueuse était très mince et transparente, en dehors elle était recouverte de couches de tissu conjonctif assez épaisses, dures, à consistance de cuir et diffici-

lement extensibles. En examinant au microscope un lambeau à l'endroit de l'étranglement, pour étudier la constitution de la glande et du canal, nous avons constaté que la ligne de démarcation était signalée à l'intérieur par une petite élévation qui correspondait en dehors à un étranglement ; les deux bords épithéliaux avaient un trajet très sinueux, dû peut-être au mode de préparation ; on appréciait beaucoup mieux le bord externe ; les ondulations des bords de la partie glandulaire étaient moins nettes ; plus bas, le bord interne de la glande était presque rectiligne. Le bord externe revêtu d'un épithélium à plusieurs couches se distinguait du bord interne par une exagération du nombre des papilles, de sorte que la formation ressemblait à celle d'un condylome. En plusieurs endroits la couche externe, très mince, transparente, incolore, était visible seulement à un très fort grossissement.

Le bord interne de l'épithélium n'avait rien de particulier. La substance intermédiaire se composait d'un tissu conjonctif fibrillaire assez dense, dont les fibres montraient une orientation vers la portion interne, de même vers la portion externe, mais ici les mailles du réseau étaient plus larges, moins denses. Dans ce tissu conjonctif on rencontrait une assez grande quantité de coupes longitudinales de capillaires sanguins. Il est intéressant de signaler la fréquence de nids glandulaires tapissés d'épithélium cylindrique qui se trouvaient en très grande abondance sous le bord externe de l'épithélium et en très petit nombre dans le voisinage du bord interne. Les glandes n'avaient pas de contenu, elles apparaissaient comme oblitérées et atrophiées, état dû à la pression continue des formations kystiques à l'intérieur de l'organe sur les acini non kystiques. Les glandules étaient sphériques, isolées ou réunies en certain nombre, les

plus grandes étaient irrégulières souvent avec des ramifications dendritiques.

Bumm a examiné le contenu formé d'une masse fétide, purulente, présentant au microscope un mélange de cellules de pus, de cellules épithéliales, de détritus granuleux, de cristaux d'acides gras, et d'une quantité de microorganismes en baguettes du groupe des bactéries. L'odeur était due à la décomposition des acides gras, acétique, butyrique, et la décomposition provenait des bactéries entrées dans la glande avant l'obturation du conduit excréteur.

Observ. 51. — Extr. de l'obs. de Dubar (*Thèse*, *Lille*, 1888, p. 43, 3 fig.).

Kyste de la glande gauche.

Mme X..., 21 ans, s'aperçoit, depuis huit mois environ, de la présence d'une grosseur dans la grande lèvre gauche, qui s'est accrue peu à peu, gêne dans la marche ; quelquefois le frottement du pantalon est légèrement douloureux ; pas de douleurs aiguës ni d'élancements. La grande lèvre gauche est distendue par une tumeur lobulée. Elle semble, en effet, présenter à l'union de ses deux tiers inférieurs avec son tiers supérieur une sorte de léger étranglement qui la divise en deux parties d'inégale consistance. La partie inférieure est résistante, la partie supérieure est mollasse, dépressible. Vague transparence à reflet rougeâtre à la lumière ; à la palpation, fluctuation surtout dans la partie supérieure, à peine appréciable dans la partie inférieure. Cette tumeur du volume d'un œuf de poule remonte vers la branche ischio-pubienne du côté gauche en s'amincissant, en même temps qu'elle augmente de consistance. Profondément on croit sentir une tuméfaction dure, de la grosseur

d'une petite noix. La peau est saine, la muqueuse est très amincie.

Le toucher vaginal combiné au palper du côté de la grande lèvre paraît démontrer que la portion profonde et dure de la tumeur n'adhère pas à la branche du pubis. Cette tumeur est venue sans cause accidentelle, sans traumatisme. Aucun ganglion au pli de l'aine, ni dans le canal inguinal, ni dans le petit bassin.

Diagnostic. — Kyste de la grande lèvre, et la partie profonde et dure serait une hypertrophie de la glande vulvo-vaginale avec réserve sur un fibrome ou un sarcome kystique.

Le professeur Dubar extirpe la tumeur le 30 octobre 1887. La tumeur dure est séparée du bulbe du vagin d'une part, et, d'autre part, de la branche ischio-pubienne à laquelle elle adhère d'une manière lâche. Cette tumeur enlevée est trilobée, présentant deux lobes superficiels, un troisième profond, tous trois remplis de liquide qui peut être poussé d'une poche dans l'autre par des orifices de communication qui semblent assez larges. La poche profonde est en rapport avec la partie dure de la tumeur. A la lumière les trois poches kystiques sont transparentes et d'une couleur rouge. La partie profonde, au contraire, est opaque. En incisant on recueille un liquide rougeâtre très filant ; la partie dure est d'un gris-rougeâtre, elle se continue avec des fibres musculaires et des fibres aponévrotiques qui la rattachent à la branche descendante du pubis. Guérison obtenue par première intention.

La tumeur trilobée est du volume d'un gros œuf de poule ; inférieurement elle présente une tumeur dure de la grosseur d'une petite noix, entourée de fibres musculaires et de tissu

conjonctif, adhérant intimement à la paroi du kyste, assez résistante et d'une teinte grisâtre à la coupe. Elle présente à sa partie interne et postérieure une partie rougeâtre paraissant spongieuse qui lui adhère intimement. Les trois lobes communiquent largement entre eux et contiennent un liquide brunâtre et visqueux. Les parois sont dures, épaisses, de consistance fibreuse ; leur surface externe est polie, lisse ; leur surface interne est mamelonnée, présente des brides fibreuses et des cloisons imparfaites, restes de kystes primitifs qui se sont fusionnés pour former un kyste principal.

Examen histologique.— La paroi du kyste est constituée par une couche assez épaisse de tissu fibreux, moins dense vers la face externe qui est parcourue par un assez grand nombre de vaisseaux. Dans la plus grande partie de son étendue il n'existe pas d'épithélium ; on trouve cependant de l'épithélium cylindrique dans les parties de la troisième poche attenante à la tumeur dure.

Sur des coupes comprenant la paroi de la troisième poche et la portion de la tumeur dure, à un grossissement de 250 diamètres on observe, en dehors de la paroi du kyste, dans le tissu cellulaire parsemé de nombreux noyaux qui forme la couche externe de cette paroi, des vestiges de culs-de-sac glandulaires qui ont été comprimés par le développement du kyste du voisinage et entourés de tissu conjonctif hypertrophié.

La partie dure de la tumeur est formée dans la plus grande partie de son étendue par la glande vulvo-vaginale profondément modifiée et dans une petite partie par du tissu érectile appartenant au bulbe du vagin épaissi et induré.

Sur des coupes intéressant toutes les parties de la tumeur, on aperçoit à un grossissement de 60 diamètres, trois parties :

1° une partie glanduleuse saine en certains points, en d'autres il y a des culs-de-sac dilatés et où le tissu cellulaire périglandulaire est plus développé qu'à l'état normal ; il s'est produit une légère inflammation ; 2° une partie caverneuse assez développée. Elle est constituée par des travées épaisses limitant des espaces différents de volume et de forme. Ces travées contiennent des vaisseaux nombreux et assez volumineux. Cette partie provient du bulbe du vagin qui était intimement uni à la tumeur ; 3° une partie musculeuse.

A 250 diamètres : 1° la partie glandulaire se montre formée de culs-de-sac et de canaux excréteurs dilatés. Les culs-de-sac sont formés d'une couche fibro-élastique sur laquelle repose l'épithélium cubique. Les canaux excréteurs ont un épithélium cylindrique. Le tissu fibreux est très abondant en certains points; 2° les travées de la portion caverneuse sont formées d'un tissu fibro-élastique abondant, dans l'intérieur duquel on observe de nombreux faisceaux de fibres musculaires lisses. Ces faisceaux sont très épais sur les bords des travées. On rencontre un grand nombre de vaisseaux, artères et veines. A la surface des des travées on trouve des noyaux allongés faisant saillie dans la lumière du conduit et qui représentent les noyaux des cellules endothéliales vasculaires; 3° la partie musculeuse est formée de fibres musculaires striées placées au milieu d'un tissu conjonctif où prédomine l'élément élastique.

A 170 diamètres: On voit sur des coupes, des culs-de-sac plus grands, dilatés, commençant à subir la dégénérescence kystique. Mais cette dégénérescence, est surtout accusée dans les petits canaux excréteurs de la glande qui se reconnaissent à leur épithélium cylindrique. On voit sur ces préparations les différentes étapes que parcourent ces conduits pour devenir des kystes de plus

en plus volumineux. Certains conduits sont simplement amplifiés, d'autres s'ouvrent dans des conduits voisins également dilatés et forment des cavités plus ou moins spacieuses avec des éperons constitués presque uniquement par l'épithélium dans leur intérieur. Leurs parois sont couvertes d'épithélium cylindrique, leur cavité contient une substance grenue avec quelques cellules rondes, granuleuses, quelquefois très volumineuses. Les grandes cavités se rencontrent dans la partie de la tumeur dure qui répond à la grande tumeur kystique.

Le liquide est visqueux, ressemblant à une solution de gomme. Sa réaction est alcaline ; il ne se coagule pas par la chaleur ; il se précipite par l'acide acétique et ne se redissout pas dans un excès de cet acide; insoluble dans l'alcool ; miscible à l'eau; soluble dans l'ammoniaque et les acides minéraux. A l'examen microscopique on trouve des stries qui s'exagèrent par l'acide acétique et quelques cellules cylindriques.

Cet examen ne laisse aucun doute sur la pathogénie de la tumeur enlevée. Les grandes poches kystiques ne sont que des kystes glandulaires formés aux dépens des canaux excréteurs de la glande vulvo-vaginale gauche. Il démontre que l'extirpation seule pouvait amener la guérison, autrement d'autres kystes se seraient développés dans la partie profonde et dure, auraient grandi et auraient reformé la tumeur primitive.

Observ. 52. — Obs. de Duchateau. *Bull. Soc. anat. Lille*, 1890, p. 88.

Kyste du conduit excréteur gauche.

15 *février* 1890. — Service du Dr Duret ; 22 ans, vierge, sans antécédents morbides. L'an dernier, au mois de février, au

niveau de la grande lèvre gauche elle eut un abcès d'où s'échappa à l'incision un pus nettement phlegmoneux; six mois après, nouvel abcès, nouvelle incision ; il y a trois mois, au même point, tuméfaction gênante, nullement douloureuse, aucun battement, du volume d'un œuf de poule, dans l'interstice de la grande et de la petite lèvre qui est soulevée, faisant saillie dans le vagin avec un point culminant d'une couleur violacée. L'enveloppe très friable semble prête de se rompre, la tumeur est rénitente, indolore. Aucun trouble urinaire ; le Dr Duret diagnostique : kyste par rétention du conduit excréteur de la glande de Bartholin.

Extirpation au bistouri ; il s'écoule un liquide louche, indice manifeste d'une inflammation antérieure. L'examen histologique pratiqué par M. Toison montre : 1° que le revêtement épithélial est discontinu, c'est-à-dire desquamé en plusieurs endroits. Au point où il atteint le maximum de hauteur, il est composé de dix à douze couches, formées de cellules allongées à noyau ovalaire, quelques-unes sont en voie de division mitosique. Les noyaux des cellules profondes sont plus fortement colorés que ceux des couches superficielles ; 2° au-dessous de ce revêtement règne une bande de tissu conjonctif jeune, contenant des capillaires volumineux, dilatés et infiltrés de cellules conjonctives embryonnaires munies d'un noyau sphéroïdal ; le nombre de ces cellules infiltrantes va en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de l'épithélium ; 3° une zone de tissu conjonctif jeune, formée de cellules conjonctives fusiformes ou munies de prolongements multiples entre lesquelles se voient des fibrilles plus ou moins nettes. Cette zone contient une grande quantité de vaisseaux plus ou moins volumineux et entourés de couronnes de cellules infiltrées ; 4° le plan profond est formé de divers tissus

normaux : tissu conjonctif adipeux, cordon vasculo-nerveux, tissu musculaire strié appartenant au constricteur de la vulve.

Observ. 53. — Obs. de Pilliet. Extr. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1893, p. 326, fig.).

Kyste du canal excréteur et sclérose de la glande de Bartholin.

Il s'agit de coupes provenant d'un kyste, pièce d'amphithéâtre, sans renseignement.

La cavité kystique est assez irrégulière et sa surface présente une série de verrucosités constituées par des papilles courtes et sessiles. Elles sont recouvertes par des cellules muqueuses groupées en bouquet. La paroi comprend toute l'épaisseur de la glande et du constricteur du vagin ; le chorion doublant la paroi cavitaire est très épais, extrêmement riche en fibres élastiques, on y trouve des canaux excréteurs dilatés en voie de transformation kystique, ils sont irréguliers de contour, à plusieurs assises de cellules dont les superficielles sont muqueuses et un certain nombre de culs-de-sac glandulaires existent à leur contact. Les faisceaux du muscle strié et les groupes glandulaires se trouvent au delà de cette paroi élastique, les culs-de-sac de la glande intriqués dans les fibres musculaires selon la disposition bien indiquée par de Sinéty et que nous avons pu vérifier sur des pièces normales. C'est à cette intrication qu'est due la difficulté d'isoler la glande par simple dissection. Mais sur nos coupes, l'aspect est tout à fait différent de celui que l'on trouve à l'état normal. Les lobules glandulaires ne sont pas tassés les uns contre les autres, beaucoup ont disparu, en sorte qu'il ne reste plus que le squelette de la glande racémeuse, c'est-à-dire les axes excréteurs sur lesquels viennent se greffer

quelques lobules peu développés. L'ensemble rappelle même une glande en voie de développement, alors que ses culs-de-sac sont loin d'être au complet ; seulement ici, leur petit nombre est dû à l'atrophie de la glande. Beaucoup présentent des cellules très petites, cubiques, serrées, sans portion muqueuse différenciée. D'autres lobules sont encore développés et tapissés de leurs cellules muqueuses. Les muscles qui entourent la glande sont également très diminués de nombre et de volume. Enfin, tous les vaisseaux, surtout les artères, ont subi un épaississement considérable de leurs tuniques et sont à peu près oblitérés. Le tissu conjonctif dans lequel sont plongés la glande et le muscle est abondant, fibroïde et leur forme une gangue tout à fait scléreuse sans traces d'inflammation récente.

En résumé, la dilatation kystique paraît siéger dans le canal excréteur et s'accompagne d'une sclérose très étendue de la glande, en sorte que l'ensemble des lésions peut être attribué à une infection ancienne.

La destruction du parenchyme est suffisante pour justifier l'ablation d'un organe inutile ; conclusion également adoptée dans le *Traité de chirurgie* de Michaux.

Observ. 54. — Extr. de l'obs. de Kleinwæchter. *Zeitsch. f. geburtshülfe und gyn.* Stuttgart, 1895, Bd. 32, p. 191.

Kyste de la glande gauche.

Il y a quelques mois, extirpation d'un kyste vulvaire asse volumineux chez une femme de 35 ans, mariée depuis quinze ans, ayant eu dix enfants, le dernier âgé de 3 mois. Depuis dix ans elle remarque la présence dans la partie inférieure de la lèvre gauche d'une tumeur qui a augmenté peu à peu sans provoquer de troubles ; aujourd'hui elle se laisse opérer à cause des trou-

les mécaniques et soi-disant des difficultés qu'elle a éprouvées lors de la dernière couche ; elle a, en outre, une endométrite chronique. La petite lèvre correspondante était presque complètement effacée par une tumeur ronde, grosse comme une pomme ; en bas et en dedans de cette tumeur siégeait une plus petite, sphérique, fluctuante, grosse comme une cerise. La grande tumeur s'étend jusqu'à la partie latérale du clitoris ; elle a une paroi mince, paraît fluctuante, élastique comme un kyste. En poursuivant la palpation on la sent se diriger profondément vers le rectum. Cette tumeur était indolore, donnant l'impression d'un kyste multiloculaire faisant diagnostiquer un kyste de la glande de Bartholin.

Incision semi-lunaire sur la partie antérieure de la tumeur, hémorrhagie abondante, car cette tumeur s'étendait en haut jusqu'au corps caverneux, en profondeur jusqu'à l'épine ischiatique et vers le rectum; le segment profond était aussi volumineux que celui de la surface; on fit deux étages de sutures; guérison.

La tumeur extirpée était grosse comme le poing, de 14 à 15 centimètres de long, formée de deux tumeurs grosses comme une pomme, ayant l'aspect de biscuit avec une gouttière circulaire. A la partie antérieure de la tumeur qui avait 6 à 7 centimètres d'épaisseur, était encore la petite tumeur ronde susmentionnée, grosse comme une cerise. La partie postérieure profonde, en arrière de l'étranglement, avait 5 à 6 centimètres d'épaisseur ; les parois de la tumeur étaient presque partout assez minces.

La tumeur conservée dans l'alcool a été examinée trois mois plus tard : il n'y avait pas de liquide dans le kyste, mais quelques cuillerées de graisse athéromateuse, couleur de terre glaise

brunâtre due aux hémorragies, à l'occasion de couches nombreuses, car je doute des hémorragies spontanées dans le kyste aux époques menstruelles, comme on l'a dit si souvent, et Hœning, en particulier; la petite quantité et l'épaississement tiennent à la résorption comme dans les cas anciens.

Au microscope. — Des globules sanguins dont les uns sont en partie détruits, des amas de pigment, des tas de détritus, de nombreux amas de cholestérine.

A l'étranglement externe correspondait à l'intérieur, un bord circulaire, divisant la cavité principale en deux cavités communiquantes, par une ouverture arrondie si étroite, que seul pouvait passer le bout du doigt; cet étranglement annulaire correspond à l'endroit où normalement commence le canal excréteur, et comme il y a là une couche épaisse de tissu conjonctif sans souplesse, elle a résisté à la dilatation passive, n'a pu s'effacer complètement, mais s'est dilatée jusqu'à constituer cet étranglement annulaire.

Un étranglement analogue existait entre la cavité antérieure du kyste et la petite tumeur ronde en forme de cerise, tumeur qui d'après son siège, correspond à l'endroit où primitivement s'abouche le canal excréteur de la glande; cette ampoule de la paroi tient à ce que la résistance ici a été minima.

C'était donc un kyste à trois segments se communiquant par deux étranglements. La paroi du segment postérieur situé dans la profondeur était composée de tissu conjonctif comprenant par-ci par-là dans ses faisceaux des tubes glandulaires comprimés à épithélium cylindrique en partie conservé ; il y avait encore de nombreux capillaires distendus par le sang. Ce segment par sa composition correspond à la glande primitive. La face interne de la paroi kystique était nue, sans épithélium, ce

qui n'a rien d'étonnant car il ne s'agit pas d'une cavité préformée mais d'une cavité développée par processus pathologique. La paroi du segment antérieur plus épaisse quoique mince était également formée de tissu conjonctif, il n'y avait pas trace de tissu glandulaire ; il est recouvert par la peau et la muqueuse et il ne doit pas, en effet, renfermer du tissu glandulaire car il n'est autre chose que le canal excréteur considérablement dilaté et à cause de cela sa paroi interne a dû primitivement posséder un épithélium pavimenteux qui a été détruit par défaut de nutrition due à la compression causée par la persistance de la dilatation. La paroi du kyste était partout intacte, nulle part on ne trouvait de point d'abouchement.

La presque égalité de volume des segments antérieur et postérieur, de même que la disparition du chorion primitif prouvent que la dégénérescence kystique du tissu glandulaire proprement dit a eu lieu en même temps que celle du canal excréteur. Ceci est un fait jusqu'ici inconnu.

Ce cas ressemble à celui de Boys de Loury qui semble avoir méconnu l'existence de la glande de Bartholin et n'a pas reconnu de quoi il s'agissait.

Il n'y a pas de doute dans le diagnostic, c'est une dégénérescence kystique de la glande de Bartholin prouvée par la situation, les commémoratifs et l'examen anatomique.

Observ. 55. — Extr. de l'obs. de Cl. Martin. *Archiv. clin. de Bordeaux,* t. VII, 1898, p. 562, 6 fig.

Kyste de la glande gauche de Bartholin.

15 *mars* 1898. — C. S.., 22 ans, repasseuse, réglée à 13 ans, menstrues régulières abondantes, pas de leucorrhée, accouchement à 21 ans, suites normales. En janvier 1897 il se développa

dans le pli génito-crural du côté gauche un petit abcès, probablement une bartholinite ou un furoncle plutôt qui se reproduisit en février, puis en août 1897. En même temps, janvier 1897, apparaît sur la partie interne et postérieure de la petite lèvre du côté gauche, tout près de la fourchette, une petite tumeur qui, en février, avait le volume d'un grain de raisin ; elle n'a pas cessé de grossir depuis sans jamais avoir diminué de volume, ni s'être abcédée ; elle a toujours été mobile, indolore, jamais enflammée, et ne gêne que par son volume et sa situation.

Examen. — Région vulvaire déformée par une tumeur dans la petite lèvre gauche refoulant légèrement la grande lèvre ; en écartant les petites lèvres on reconnaît que sa grosseur est celle d'une prune dont elle a la forme ovoïde ; son grand axe coïncide avec celui de la petite lèvre dont la surface s'efface à la partie inférieure. Cette masse est mobile, la muqueuse normale glisse facilement au-dessus ; pas de cicatrices ; orifice du canal excréteur impossible à découvrir. La palpation tout à fait indolore permet de sentir une fluctuation évidente, une distension moyenne de la poche par un liquide très fluide. Malgré quelques difficultés nous constatons la transparence de ce kyste. Rien d'anormal dans l'appareil génital.

Le 23 *mars* 1898. — Le professeur Boursier incise le kyste, découvre une poche très mince, l'énuclée sans l'ouvrir : la face postérieure est très adhérente aux faisceaux les plus externes du constricteur de la vulve. La glande située un peu en dedans et à la partie postérieure du kyste fut enlevée avec lui. La région s'est montrée particulièrement vasculaire. Suture au crin de Florence, pansement iodoformé, réunion au huitième jour.

La pièce est régulière ovoïde ; à l'une de ses extrémités on voit la glande un peu lobulée avec une large surface de contact la rattachant à la poche kystique. On recueille par ponction aseptique une petite quantité de liquide jaunâtre, très transparent, de consistance filante analogue à une solution de gomme un peu épaisse. Il renfermait une quantité considérable d'albumine et de mucine, et était coagulable par l'alcool fort.

Au microscope. — Quelques hématies provenant visiblement de la ponction et quelques cellules d'épithélium de revêtement très gonflées et arrondies. Ensemencé sur divers milieux de culture il n'a donné aucune colonie.

La paroi du kyste est extérieurement dépolie et présente par places des débris filamenteux provenant du décollement. Intérieurement elle est polie et régulièrement concave. Au niveau du point où elle confine à la glande se voit un orifice pouvant admettre un crin de cheval, deux ou trois orifices plus petits apparaissent dans son voisinage. Pas de trace de canal excréteur. Sur une coupe passant par la glande on voit que cet orifice correspond à un très petit conduit qui se perd en se ramifiant dans l'épaisseur du parenchyme glandulaire. L'épaisseur de la paroi varie entre 1/2 millimètre et l'épaisseur d'une feuille de papier ; au niveau de la glande elle prend en se fusionnant avec elle une force plus considérable.

Au microscope : la face interne du kyste est recouverte d'un épithélium cubique bas, fortement coloré, à noyaux très apparents ; une seule assise de cellules. Par places, cet épithélium présente des bouquets de cellules cylindriques plus hautes lui donnant l'aspect verruqueux. Cette couche épithéliale repose sur un chorion épais, très serré, de tissu conjonctif avec de nombreuses cellules fixes conjonctives, quelques fibres élast.

ques et un semis assez rare de fibres lisses. Plus en dehors existe une zone de tissu cellulaire plus lâche; riche en vaisseaux et dans lequel apparaissent quelques faisceaux aberrants de fibres striées. Dans la portion avoisinant la glande, nous trouvons en plus de ces caractères, dans l'épaisseur du chorion, des espaces clos revêtus du même épithélium que le kyste et qui ne sont autre chose que les sinus entrevus par Morgagni, décrits par Cruveilhier et par de Sinéty et qui apparaissent plus nombreux et plus dilatés que leurs voisins inclus dans la glande. Du reste des acini glandulaires à épithélium caliciforme haut et très clair, avec un grand noyau à la base, s'infiltrent dans la paroi kystique et se mêlent aux sinus en question dans lesquels ils se déversent.

Que conclure de cette ressemblance frappante entre la paroi des sinus origines des canaux excréteurs et la paroi de notre kyste, sinon que kyste et sinus ont une commune genèse?

La glande de Bartholin est un organe à fonction intermittente ; la plupart des appareils à excrétion discontinue ont des réservoirs destinés à conserver une partie des sécrétions élaborées dans les intervalles de repos. N'en est-il pas de même ici. Qu'un obstacle obstrue le conduit excréteur, le canal doublé d'une musculature puissante résistera à la pression, le liquide s'accumulera dans les sinus moins épais, plus larges, les dilatera. Que ce sinus occupe le centre de la glande on aura un kyste glandulaire ; s'il siège près de l'origine du conduit, le kyste paraîtra développé dans le canal lui-même.

Observ. 56. — Extr. de l'obs. I de Ferroni. *Annali di ostet. e. ginec. Milano*, 1898, XX, p. 520.

Kyste de la glande droite.

Ce cas appartient à la pratique privée du professeur Mangiagalli.

N... N..., 56 ans, nullipare, ménopause depuis deux ans, consulte en décembre 1897 parce qu'elle avait remarqué depuis quelques mois une petite grosseur aux organes génitaux externes qui lui cause un malaise, la gêne pour s'asseoir ou marcher, et provoque de temps en temps des douleurs. Examen: tumeur du volume d'une noix occupant la moitié inférieure droite de la vulve, faisant un peu saillie entre la vulve et la partie inférieure du vagin et proéminant aussi vers la région périnéale. Tandis qu'à sa partie interne cette tumeur présentait une obscure fluctuation, elle envoyait à sa partie externe un prolongement plein, très dur, insensible, très peu mobile, paraissant en partie fusionné avec les tissus voisins et allant presque au contact de la tubérosité ischiatique. Le manque d'inflammation et des précédents qui auraient pu être cause, l'absence de toute infection portaient à croire que cette tumeur était un kyste à cause de la partie obscurément fluctuante ou un néoplasme à cause de la partie dure postéro-inférieure. On décida l'extraction de la glande ; énucléation complète sans léser la paroi ; guérison rapide.

La tumeur entièrement enlevée est ovale, de la grosseur d'une noix, fluctuante, légèrement irrégulière ; pas de trace de canal ou de conduit ; une unique cavité contenant 7 centimètres cubes de liquide ; la paroi a une épaisseur variable, lisse et très résistante ; la surface interne est presque lisse et en un point existe une petite élévation en forme d'une petite pièce de monnaie à surface rugueuse, rougeâtre, tandis que le reste de la paroi interne est blanchâtre et comme nacré.

Le liquide est jaune-rougeâtre, fortement trouble, très épais,

alcalin. Par le repos il ne se coagule pas mais se dépose en deux couches : la superficielle jaune, très liquide, l'autre sédimenteuse, dense et rougeâtre. On y trouve une notable quantité d'albumine, du sucre, une trace à peine sensible d'acétone. Le microscope montre une grande quantité de globules rouges presque tous bien conservés et beaucoup de globules blancs, des globules de graisse, quelques éléments épithéliaux, mais pas de cholestérine ; le spectroscope révèle de l'oxyhémoglobine.

La paroi externe du kyste est consistante. La texture histologique du petit point noduleux de la surface interne montre un épithélium à grandes cellules, à protoplasma épais finement granuleux avec noyau en voie de dégénérescence ; on y trouve des globules de graisse, des hématies et beaucoup de leucocytes.

Une section de la partie mince montre une couche interne formée d'un épithélium cylindrique, légèrement exfolié, presque partout simple, excepté dans la zone plus voisine du nodule pariétal où il y a deux rangs ; les cellules sont calciformes, noyaux bien conservés à la base, protoplasma granuleux variable, quelques-unes sont pleines de liquide. Où l'épithélium est stratifié les cellules sont moins hautes. Au-dessous de la muqueuse, il y a un fin tissu connectif de soutien, quelques rares cellules, et en dessous un tissu connectif fibro-élastique. Le tissu connectif le plus externe est plus riche en fibres élastiques, riche également en vaisseaux sanguins volumineux. Cette couche périphérique est pourvue de faisceaux de fibres musculaires lisses et de quelques fibres musculaires striées. Dans toute l'épaisseur de la paroi kystique il y a infiltration notable de leucocytes avec, en certains points, hémorragie diffuse

dans le tissu connectif, spécialement au voisinage de la muqueuse.

La section du nodule qui fait corps avec la paroi montre une différence de structure en certains points : à la partie supérieure il y a du tissu connectif plus ou moins compact, farci de globules blancs avec une hémorragie interstitielle, notable quantité de vaisseaux sanguins. A la partie inférieure se trouve un reste de la glande de Bartholin qui a pris part à la formation du kyste.

Une coupe en série montre les tubes sécréteurs de la glande revêtus d'épithélium presque normal ; chaque acinus est dilaté et presque rempli d'un liquide épais ; en quelques points les cellules épithéliales sont plus granuleuses et ont perdu en grande partie l'aspect caliciforme. Le connectif interlobulaire plus dense et plus épais renferme quelques leucocytes, particulièrement dans la zone qui limite la masse glandulaire. A la périphérie les vaisseaux sont augmentés de volume sans dégénérescence sensible.

Sur des coupes on voit le conduit excréteur coupé par travers et il est possible de suivre une partie de son cours ; çà et là il reçoit les conduits collecteurs d'acini au moyen d'un canal peu large et peu long communiquant avec le kyste précédemment décrit.

L'épithélium de ce conduit qui unit le kyste au conduit excréteur est cylindrique stratifié ; le même épithélium se trouve à la partie externe du tube qui se continue avec la cavité kystique. En ce point enfin l'épithélium se transforme très rapidement en une seule couche dans le reste du sac. Ils sont très rares les tubes glandulaires trouvés aussi dans cette partie de la paroi kystique et guère altérés.

En résumé, il est indubitable que le kyste s'est développé dans un tube ou dans un groupe de tubuli glandulaires et il semble que le conduit excréteur ait participé au processus dégénératif.

Observ. 57. — Ext. de l'obs. IV de Ferroni (même orig. p. 523).

Kyste de la glande droite.

B..., Célestina, 42 ans, jardinière, mariée, réglée à 13 ans, menstrues peu fortes et de brève durée avec de fréquentes suspensions de deux à trois mois ; quatre grossesses normales, la dernière à 30 ans. Il y a trois ans elle a appelé un médecin pour une grosseur à la grande lèvre droite ayant l'apparence d'un abcès et qui a reparu, indolente, de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, produisant de la gêne, ce qui l'oblige à revenir à la clinique.

Examen. — Malade anémique, rien aux viscères, rien aux organes génitaux ; au bas de la grande lèvre droite une tumeur ronde, grosse comme un œuf de pigeon, normale, lisse, régulière, élastique, fluctuante, indolente, facilement isolable des tissus voisins ; utérus et annexes normaux ; pas de blennorrhagie. Il s'agit d'un kyste de la glande vulvo-vaginale droite. Isolement facile et ablation totale sans léser la paroi. Guérison complète.

La tumeur intacte est de la grosseur d'une petite noix ; ouverte, il en sort un liquide pas trop épais, rougeâtre. La surface externe du kyste est bosselée, la surface interne est lisse avec un point de 1/2 centimètre de circonférence où elle est légèrement rendue irrégulière par un creux très prononcé. La paroi est consistante, d'épaisseur variable, et ne présente pas

de nodules pariétaux. La surface interne est pourvue d'un épithélium cylindrique à deux couches, bien conservé, la couche superficielle composée de cellules semblables à celles tapissant les tubes sécréteurs, protoplasma légèrement granuleux avec noyaux à la base ; l'autre à cellules cubiques. Au-dessous de l'épithélium une couche connective fibro-élastique très ferme avec petits vaisseaux et notable infiltration de leucocytes qui diminuent en allant vers la partie externe. En un point il fut possible de reconnaître un débris de la glande de Bartholin. Contre la muqueuse du kyste, séparées d'elle par l'infiltration de leucocytes, quelques vésicules glandulaires irrégulièrement distribuées, certaines en cercle, d'autres allongées, toutes remplies de liquide avec épithélium en dégénérescence muqueuse à peine appréciable. Pas de trace de conduit excréteur.

C'est un kyste primitif de la glande avec destruction secondaire de l'organe. Son origine se trouve dans les acini glandulaires, l'épithélium du kyste est simple ou à deux strates, la glande est entièrement détruite sauf quelques tubuli plus ou moins bien conservés.

Observ. 58. — Extr. de l'obs. II de Ferroni (même orig. p. 940).

Kyste de la glande gauche.

B..., Térésa, 32 ans, paysanne, mariée, réglée à 15 ans normalement, depuis son mariage, menstrues un peu irrégulières ; période aménorrhéique de six mois ; quatre grossesses normales, la cinquième interrompue au quatrième mois par une fausse couche. Il y a douze ans, cette femme, sans cause appréciable, s'est aperçue de la présence d'un noyau à la grande lèvre gauche ; il s'accrut progressivement jusqu'au volume d'un œuf de

poule. Un médecin l'incisa, en fit sortir un liquide séro-purulent. La tumeur disparut mais pour revenir à chaque période, dit la malade, qui exclut toute infection spécifique de sa part ou de celle de son mari. Rien de particulier dans la zone génitale, couleur normale de la muqueuse génitale, pas de macule de Saenger; cette femme abuse du coït.

Examen — La fente vulvaire est déviée obliquement vers le côté droit par une saillie de la grosseur d'un œuf de poule, aux deux tiers inférieurs de la lèvre gauche, qu'on aperçoit en écartant cette lèvre ; c'est une grosseur ovoïde, élastique, fluctuante dans ses deux tiers supérieurs ; dure, un peu irrégulière dans son tiers inférieur. Cette tumeur est légèrement douloureuse, semble faire partie du tissu labial, peut être isolée de la paroi pelvienne, ne se modifie pas sous les efforts de la toux ; on ne parvient pas à sonder l'orifice externe du conduit de Bartholin de ce côté. On diagnostique un kyste de la glande vulvo-vaginale gauche et on l'extrait.

Le kyste étant presque complètement isolé quand on vit qu'il envoyait un prolongement profondément en arrière et en dehors ; il se déchira, laissant échapper un liquide épais, jaune pâle, inodore. L'appendice profond fut incisé en donnant beaucoup de sang ; sutures continues profondes au catgut ; guérison le dix-septième jour.

La tumeur enlevée est molle, de la grosseur d'une petite noix, privée de son contenu ; surface interne recouverte d'une couche fibrineuse, compacte, qu'on peut difficilement détacher, on ne peut reconnaître de couche de soutien, la surface est rendue irrégulière par de petites saillies en divers points du sac kystique. La éparoi est un peu épaissie, lisse, montrant en un point un petit nodule mou qui, sectionné, a l'aspect jaune. Le raclage

montre au microscope des cellules cylindriques, quelques-unes, en petit nombre, sont caliciformes avec un noyau bien distinct à la base ; grand nombre de globules rouges bien conservés, peu de globules blancs, absence de cristaux spéciaux et de graisse.

L'examen microscopique montre qne la paroi du kyste a un épithélium stratifié à cellules superficielles cylindriques sans altération manifeste de leur noyau et de leur protoplasma, quelques leucocytes ont traversé cet épithélium. Le tissu de soutien est formé d'un connectif fibro-élastique compact avec vaisseaux de petit calibre et beaucoup de leucocytes, principalement à la limite de l'épithélium. A la partie externe se trouve un tissu plus lâche et les vaisseaux sont plus volumineux, quelques-uns oblitérés.

La coupe du nodule montre çà et là des débris de la glande vulvo-vaginale réunis en lobules avec conduits collecteurs débouchant dans la cavité kystique ; l'épithélium de ces conduits n'est pas altéré, il se continue avec celui du kyste augmentant graduellement ses strates. Les coupes en série montrent un grand nombre de ces tubuli qui se jettent dans la cavité kystique ; quelques-uns ont un calibre considérable, d'autres se présentent légèrement sténosés au point où ils s'abouchent dans le kyste. Il est impossible de retrouver aucune trace de conduit excréteur.

Des acini sont en partie normaux avec un grand nombre de granulations protoplasmiques, d'autres plus ou moins profondément altérés dans leurs noyaux. En certains points on peut assister à la formation de petites cavités kystiques par destruction des tubuli primitifs et rupture des divisions interacineuses, chaque cavité renferme encore quelques restes trabéculaires de squelette connectif. Aux environs de tout lobule glan-

dulaire j'ai trouvé une grande quantité de leucocytes qui souvent entourent le lobule comme une capsule. Les vaisseaux de la glande sont augmentés de nombre et de volume sans lésions apparentes de leur paroi.

En résumé il s'agissait d'un kyste par rétention, appartenant au conduit excréteur ; l'épithélium du sac était pluristratifié.

Observ. 59. — Extr. de l'obs. III de Ferroni (même orig. p. 942).

Kyste de la glande droite.

G..., Maddalena, 32 ans, paysanne, mariée, réglée à 14 ans, menstrues normales, six grossesses normales, pendant la cinquième il y eut un avortement au troisième mois. Aucune maladie. Il y a cinq ans elle s'est aperçue d'une grosseur du volume d'une noisette à la grande lèvre droite ; aucune gêne ; accroissement lent jusqu'au volume d'un œuf de poule ; dans ces derniers temps pertes blanches.

Examen. — Rien de particulier aux organes génitaux, mais au spéculum on voit sourdre un liquide muco-purulent, la sonde pénètre facilement dans la matrice distendue et légèrement douloureuse. La partie inférieure de la grande lèvre droite présente une tumeur grosse comme un œuf de poule, sans changement à la toux, pas réductible, lisse, élastique, fluctuante, légèrement douloureuse, isolable postérieurement surtout en haut, moins en bas à cause d'une petite partie un peu irrégulière et dure qui s'enfonce dans les tissus ; la peau est normale et souple. Il s'agit d'un kyste de la glande vulvo-vaginale droite et d'une endométrite.

A l'ablation dn kyste le sac crève, il s'en échappe un liquide teinté par le sang de l'incision. On isole l'appendice postérieur

et la tumeur est complètement enlevée. La masse enlevée est grosse comme un petit œuf de poule, la surface externe est irrégulière, la surface interne uniformément lisse. La paroi est presque partout mince mais résistante ; en un seul point elle mesure 1 centimètre où se trouve un noyau épais, dur, faisant corps avec le kyste. Au microscope, la partie interne a un épithélium stratifié, surface régulière ; en un point se voit une papille qui paraît perdre les caractères primitifs et prendre des rapports particuliers avec le tissu conjonctif de soutien. Le tissu connectif placé au-dessus de l'épithélium est fibro-élastique, compact, avec très peu de vaisseaux sanguins et montre vers la partie externe des vaisseaux de calibre considérable ; il y a absence de leucocytes.

Le nodule est presque entièrement représenté par la glande de Bartholin en rapport intime avec le kyste. Une coupe transversale de la cavité kystique et du nodule montre un épithélium déjà décrit avec une couche très mince de tissu connectif fibreux avec peu de leucocytes et au-dessous un grand nombre de lobules glandulaires appartenant à la glande de Bartholin par leurs caractères, et plus extérieurement encore se trouve une couche de tissu connectif constituant un tissu périglandulaire avec ses vaisseaux bien conservés un peu augmentés de volume. En quelques points l'épithélium du kyste repose sur quelques acini plus ou moins comprimés fortement, compression d'ailleurs manifeste sur toute la glande. On ne voit pas trace du conduit excréteur. Dans la cavité kystique aucune embouchure de collecteur. La glande présente çà et là quelques petites zones en voie de dégénérescence kystique ; on voit des points où les tubuli glandulaires se sont soudés ensemble pour former une cavité kystique ; on y trouve toute une série de formes de pas-

sage ; l'épithélium déprimé se gonfle et s'exfolie ; aucune dégénérescence protoplasmique ou nucléaire dans le reste de la glande ; les canaux glandulaires, surtout les plus gros, sont pleins de liquide. Absence d'infiltration de leucocytes.

En somme ce kyste appartient au conduit excréteur, l'épithélium du sac est pluristratifié.

Observ. 60. — Obs. de Cullen. *Journ. of the Americ. med. assoc.*, Chicago, 1905, t. XLIV, p. 209.

Dix-sept cas de kystes de la glande de Bartholin observés de 1893 à 1903 à Johns Hopkins Hospital (15 fig.),

(Le cas n° 10 fait le sujet de l'observ. 63).

Cas 1. — Age : 25 ans ; kyste : 1 cm. 5 de diamètre ; la paroi du kyste est composée de tissu fibreux ; le kyste était tapissé d'une couche d'épithélium, pâle, cylindrique, avec noyaux à la base des cellules.

Cas 2. — Age : 43 ans ; kyste : 2 cm. 5 de diamètre ; paroi très mince composée de tissu fibreux. On trouve trois cavités kystiques bien nettes. Les glandes étaient un peu dilatées et la paroi interne composée d'une couche d'épithélium cylindrique ou cubique.

Cas 3. — Age : 38 ans ; kyste : 2 cm. 5 de diamètre ; la paroi était composée de fibres lisses et de tissu fibreux ; dans la paroi se trouvaient des granulations typiques de la glande de Bartholin et des conduits secondaires sectionnés. La paroi interne du kyste avait un épithélium cylindrique ou cubique. Où il y avait deux couches d'épaisseur, celle qui était la plus épaisse était cubique et l'autre cylindrique. Ce kyste était évidemment dû à la dilatation du conduit avec hypertrophie des glandes.

Cas. 4. — Age : 44 ans ; kyste : de 5 millimètres de diamètre ;

paroi composée de tissu fibreux. La paroi interne variait en différents points, une couche d'épithélium cylindrique, et plusieurs autres couches de cellules superficielles cylindriques ; plusieurs autres encore d'épithélium squameux s'enfonçant dans le stroma ou une couche d'épithélium cylindrique.

Cas 5. — Age : 50 ans ; la paroi du kyste était composée de tissu fibreux et renfermait dans son intérieur des granulations glandulaires éparses. Le kyste avait une paroi interne variable ; par places il y avait une couche d'épithélium, sur d'autres deux couches dont une superficielle de cellules cylindriques et ci et là l'épithélium avait plusieurs couches d'épaisseur.

Cas 6. — Age : 35 ans ; le kyste avait 3×3×2 centimètres et avait une paroi très mince, transparente ; sur la surface interne il y avait plusieurs petites dépressions semi-lunaires, évidemment où d'autres petits kystes communiquaient avec le plus gros. La paroi du kyste était formée de tissu fibreux avec granulations à l'intérieur et la paroi interne était formée d'une ou deux couches d'épithélium dont la superficielle était constituée de cellules cubiques.

Cas 7. — Kyste : 1 cm. 5 de diamètre ; épaisseur de la paroi 1 millimètre, transparente ; il y avait des petites ouvertures rondes ou semi-lunaires sur la surface interne, indiquant les restes de kystes plus petits qui communiquent avec le grand kyste et qui sont le résultat des conduits secondaires dilatés. La paroi du kyste était formée de tissu fibreux avec quelques fibres lisses ; la plus grande partie de la glande se trouvait surtout d'un côté. La glande avait 5 millimètres de diamètre et le conduit secondaire 1 millimètre. La paroi interne du kyste était formée de deux à huit couches d'épithélium de transition

et d'une couche superficielle de cellules cubiques. Le kyste s'était évidemment développé dans le conduit.

Cas 8. — Grosseur : 2 cm. 5. La paroi était formée de tissu fibreux ; à un bout il y avait une grande quantité de tissu glandulaire normal ; quelques granulations dilatées de deux ou trois fois la grosseur naturelle. Il y avait aussi quelques conduits secondaires dilatés. La paroi interne du kyste était formée de deux à dix couches d'épithélium dont la couche superficielle était cylindrique. C'était évidemment un kyste du conduit.

Cas 9. — Age : 26 ans ; kyste de 4 centimètres de diamètre ; les parois étaient minces et transparentes, la surface interne était lisse, avec par-ci par-là, des petits points ronds ou semi-lunaires, indiquant l'ouverture de conduits secondaires dilatés. La paroi du kyste était formée de tissu fibreux, et la paroi interne constituée par une couche de cellules cubiques ou presque plates ; sur certains points, il y a dix couches ou plus de cellules gonflées, pâles, polyédriques.

Cas 11. — Kyste transparent, 2 × 1 cm. 5 ; la paroi du kyste était formée de tissu fibreux renfermant le corps glandulaire presque normal, quelques granulations avaient trois à quatre fois la grosseur naturelle ; l'épithélium était aplati ; la paroi interne du kyste avait de deux à huit couches d'épithélium de transition, la couche superficielle était formée de cellules cylindriques. C'était un kyste du conduit.

Cas 12. — Age, 35 ans ; hyste, 4,5 × 3 × 3 centimètres ; forme d'un œuf ; paroi très mince, transparente, montrant sur la surface interne, plusieurs petites ouvertures peu profondes, semi-lunaires, des conduits secondaires dilatés. La paroi du kyste était formée de tissu fibreux ; les éléments de la glande étaient presque normaux, un peu dilatés. La paroi interne, en

quelques endroits, était formée d'une couche de cellules hautes et pâles, et de chaque côté d'épithélium de transition, de deux à six couches d'épaisseur. Dilatation des conduits et des glandes.

Cas 13. — Age : 23 ans ; grosseur : 7 millimètres. Le kyste était très dur, placé sur la lèvre gauche.

Cas 14. — Age : 39 ans ; kyste de 3 centimètres de diamètre. La paroi est formée de tissu fibreux ; la paroi interne est revêtue d'une couche d'épithélium cylindrique.

Cas 15. — Age : 34 ans ; petit kyste. La paroi était formée de tissu fibreux ; la paroi interne était revêtue d'une couche d'épithélium cylindrique avec noyaux à la base des cellules.

Cas 16. — Age : 17 ans ; paroi formée de tissu fibreux ; paroi interne constituée par plusieurs couches d'épithélium de transition ; sur quelques points il n'y avait qu'une seule couche.

Cas 17. — Age : 25 ans ; kyste très petit, multiple ; la paroi était presque formée par le tissu glandulaire ; il y avait quelques kystes variant de la grosseur d'une pointe d'épingle à 2 millimètres de diamètre. Les kystes étaient pour la plupart des conduits secondaires dilatés, tapissés en partie d'épithélium de transition et d'une couche d'épithélium cylindrique.

Observ. 61. — Extr. de l'obs. de Werth. *Centralbl. f. gyn.*, nº 22, 1878, II, Leipzig, p. 513.

Kyste de la vulve provenant d'une glande aberrante de Bartholin.

J'ai extirpé un kyste de la vulve, chez une jeune fille d'une vingtaine d'années, qui se serait développé, dit la malade, en deux ans, à la suite d'une contusion ; il ne produisait qu'une sensation désagréable; il était de la grosseur d'une cerise, placé dans le pli interlabial, à la limite du tiers supérieur avec le tiers

moyen de la petite lèvre. La peau sur la tumeur était tendue et par transparence on voyait que le contenu liquide était bleuâtre. Incision longitudinale ; extirpation facile sans hémorragie abondante. Le sac incisé donne un liquide visqueux, trouble jaunâtre foncé, contenant de l'albumine en assez grande quantité ; le microscope montre des cellules épithéliales cylindriques isolées.

La surface interne du sac est lisse et présente une excroissance ronde, grisâtre, pédiculée, de la grosseur d'un pois, à consistance glandulaire, qui, au miscroscope, sur une coupe perpendiculaire, fait veir un réseau très mince de tissu conjonctif anastomosé, avec des lacunes remplies de tubes glandulaires flexueux terminés en fourchettes aveugles; ces tubes sont juxtaposés les uns aux autres laissant en certains endroits des espaces, avec tissu conjonctif pourvu d'une couche unique de cellules, et envoyant des invaginations plus ou moins longues, solides ou creuses, en forme d'entonnoir, dans le tissu conjonctif sous-jacent où se trouvent des faisceaux de cellules anastomosés en réseaux rejoignant les terminaisons de ces invaginations. L'épithélium est cylindrique, assez haut, avec noyaux en palissade ; il s'étend jusqu'au pied du pédoncule en prenant petit à petit les caractères de l'épithélium pavimenteux qui tapisse d'une seule couche toute la surface de la cavité kystique. Cette cavité paraît, au microscope, lisse, plane, à l'exception de quelques petites saillies basses et mousses au voisinage de l'insertion du pédoncule. La paroi du sac se compose exclusivement vers l'intérieur de tissu conjonctif condensé en lamelles, et vers l'extérieur se trouve sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire lâche du kyste.

Il ne s'agit pas ici d'un kyste simple de rétention ; rien que

la structure compliquée de cette petite tumeur de l'intérieur et qui diffère beaucoup de la structure d'une glande le prouve. On ne peut pas non plus la faire dériver d'une formation épithéliale située normalement à cet endroit ; on sait que cette région est dépourvue de glande et, d'autre part, la glande de Bartholin est trop éloignée pour qu'on puisse l'incriminer ici. Il faut cependant penser à cette glande en premier lieu parce qu'elle possède un épithélium cylindrique, et il ne reste qu'à admetre qu'un amas épithélial aberrant s'est formé pour constituer cette petite tumeur. Il a dû se former d'abord un petit adénome solide aux dépens du germe épithélial aberrant, ensuite la cavité autour de cette excroissance s'est développée par sécrétion. Je m'explique par là la différence de la forme de la paroi et l'épithélium glandulaire. Une couche de cellules épithéliales pavimenteuses ne peut se développer aux dépens d'une formation cylindrique existante, mais un épithélium primitivement cylindrique peut par pression être comprimé à tel point qu'il s'aplatit comme dans notre kyste. Le microscope nous montre qu'ici le processus de la formation glandulaire était en pleine évolution et qu'il s'était limité dans son évolution ultérieure. Le tronc du tissu conjonctif aurait dû être absorbé par le bourgeonnement des cellules, avec la perte de la couche génératrice la formation glandulaire se serait non seulement arrêtée mais aussi détruite par nécrobiose. On peut admettre que tôt ou tard, sans mon intervention, on aurait trouvé à la place de ce kyste un autre kyste simple tapissé par un épithélium pavimenteux, avec contenu exclusivement liquide et quelques cellules isolées ou débris de cellules. Dans toute la littérature je n'ai pas rencontré une observation analogue.

Bluhm trouve que cette tumeur décrite par Werth ressemble beaucoup à un kyste de la partie postérieure de la grande lèvre décrit par Gebhart et qu'il s'agit probablement d'une glande aberrante de Bartholin. C'est aussi notre opinion.

Observ. 62. — Extr. de l'obs. I de Lagrange. — *Annal. de tocol.* 1886 p. 971.

Kyste de la grande lèvre droite d'origine douteuse.

Melle X... 27 ans, bonne constitution, porte depuis sept ans environ une tumeur de la vulve. En 1878 elle s'aperçut, par hasard, que la grande lèvre droite présentait un volu e exagéré. Ce volume s'accrut jusqu'en 1881; époque où la malade put constater facilement l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, indolore et ne gênant en rien la marche, ni les fonctions génitales. Un médecin consulté crut reconnaître une affection kystique de la glande vulvo-vaginale. En 1883, mademoiselle X... hémorroïdaire et constipée, vit sous l'influence de quelques efforts de défécation se produire un léger écoulement ressemblant à des pertes leucorrhéiques et provenant (?) du kyste qui conserva néanmoins toutes ses dimensions et sembla rester stationnaire jusqu'au mois de mars 1885. A cette époque la malade consulta pour une métrite chronique l'un de nos excellents collègue de la Faculté qui, frappé par le volume considérable de la grande lèvre proposa et fit une ponction du kyste suivie d'une injection au chlorure de zinc, le 7 mai 1885. Le lendemain et le surlendemain la réaction était assez modérée pour que la malade ne craignît pas de se livrer au coït ; immédiatement après, gonflement et rougeur de la grande lèvre, la patiente dut garder le lit trois semaines. Huit jours plus

tard, nouvelle injection au chlorure de zinc. A partir de ce moment, il se forme successivement dans la grande lèvre correspondante trois abcès ; le premier fut ouvert au bistouri et les autres vidés avec l'aspirateur Dieulafoy. Après quelques accidents locaux et même généraux (fièvres, crises nerveuses), tout rentre dans l'ordre sauf la tumeur, dont l'accroissement continue. Au mois d'octobre 1885, elle atteint le volume d'un œuf de poule et occupe presque toute la hauteur de la grande lèvre. Elle est allongée, régulièrement ovoïde et glisse avec facilité dans le tissu cellulaire de la région. Ni la peau, ni la muqueuse du vagin n'adhèrent à sa surface ; elle s'enfonce assez profondément du côté de l'ischion et présente à ce niveau sa plus grande épaisseur et son volume maximum. Il est impossible de trouver l'orifice par lequel autrefois se serait produit l'écoulement leucorrhéique.

Le 20 octobre 1885. — Je pratique l'extirpation de cette poche kystique que je croyais formée aux dépens de la glande vulvo-vaginale ; pendant la dissection la poche se rompt et il s'en écoule un liquide blanchâtre, sans odeur spéciale.

L'examen de la paroi révèle la présence d'une coque fibreuse épaisse de 2 à 3 millimètres, contenant un très grand nombre de vaisseaux dont quelques-uns d'un gros calibre. Cette enveloppe se continue insensiblement avec l'atmosphère celluleuse lâche qui l'environne de toute part. La face interne de cette enveloppe présente un revêtement épithélial dans lequel on rencontre à la fois, fait extrêmement curieux: 1° de l'épithélium pavimenteux stratifié, 2° de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles. Le raclage de la surface du kyste montre dans la même préparation ces deux ordres d'éléments anatomiques. La paroi conjonctive est à peu près la même sur toutes les coupes ; le revêtement épithélial

seul est très dissemblable. La tunique conjonctive est formée par des éléments fasciculés, adultes pour la plupart. On y reconnaît quelques rares fibres musculaires lisses. Les vaisseaux y sont extrêmement nombreux, et de plus, particularité importante on retrouve sur beaucoup de points les culs-de-sac de la glande vulvo-vaginale. Ces cavités glandulaires, coupées à des niveaux variables, donnent les figures classiques des glandes en grappes, sectionnées dans le sens transversal. On n'y remarque d'ailleurs aucune altération pathologique.

Les parties les plus internes de la paroi sont infiltrées de cellules embryonnaires jeunes démontrant une inflammation relativement récente.

Le revêtement épithélial qui donne à cette observation son grand intérêt présente deux variétés : 1° des coupes contiennent de l'épithélium à cils vibratiles, ce sont celles qui ont été prises à la partie inférieure de la tumeur, c'est-à-dire du côté de l'ischion. Elles portent un revêtement continu, mais d'une épaisseur inégale. Partout il en existe plusieurs couches, et dans beaucoup de points, le nombre en est très multiplié ; on peut en compter jusqu'à dix et douze. La première rangée de cellules, celle qui repose directement sur la paroi conjonctive est régulièrement disposée ; les épithéliums ont tous un gros noyau, fortement coloré par le carmin ; ils sont pressés les uns contre les autres et forment une ligne continue montrant bien l'indépendance des deux tuniques, conjonctive et épithéliale, qui constituent le kyste. Sur cette première rangée s'appuient les autres couches formées de cellules imbriquées, plus ou moins développées et de forme irrégulière. Les plus externes possèdent presque toutes un plateau très apparent couvert de cils vibratiles.

2° Les autres coupes portent un épithélium pavimenteux stra-

tifié. La première couche reposant sur le premier plan fibreux, n'est autre qu'une couche malpighienne reconnaissable à l'abondance de l'éléidine et à la disposition classique des cellules ; sur cette couche malpighienne s'appuient, tassées en couches nombreuses, des cellules imbriquées présentant un noyau d'autant plus pâle qu'elles sont plus rapprochées de la cavité kystique. Bref il s'agit évidemment d'un revêtement émané du feuillet externe.

Il y a donc dans ce kyste, deux sortes d'épithélium indiquant pour lui une double origine. L'épithélium stratifié vient évidemment du feuillet externe et la pathogénie des kystes dermoïdes par invagination de la peau trouve également ici sa facile application ; mais d'où vient l'épithélium à cils vibratiles ?....

Je ne crois pas que le canal de Wolff joue un rôle quelconque ici: car dans ce canal et dans les organes qui en dépendent il n'y a point d'épithélium à cils vibratiles.

On sait que les trompes, le corps de l'utérus portent des épithéliums à cils vibratiles existant évidemment en puissance dès le début de la vie intra-utérine dans les canaux aux dépens desquels se développe le conduit utéro-vaginal. Ssns doute Kolliker, ni aucun autre embryologiste n'ont signalé la présence des cils vibratiles au voisinage de la vulve ; mais puisque ces appendices existent plus haut, n'est-il pas raisonnable d'admettre qu'ils peuvent exister au niveau même de l'orifice inférieur du canal génital ?

Ainsi nous concluons que se kyste s'est développé à l'angle du sinus uro-génital et de la paroi cutanée, qu'il a été formé aux dépens d'un bourgeon épithélial invaginé dans le feuillet moyen et que ce bourgeon épithélial, en prenant ses éléments pavimenteux au feuillet externe, a entraîné avec lui des épithé-

liums à cils vibratiles appartenant au canal de Müller. Le bourgeon épithélial qui a formé ce kyste a dû s'invaginer dans le feuillet moyen à l'époque où les glandes et les papilles du feuillet cutané ne sont pas développées. On a pu remarquer, en effet, quela structure de la poche est loin d'être aussi compliquée que celle des kystes dermoïdes types ; il n'y a ni poils, ni glandes sébacées. L'évolution morbide a eu lieu dans les premières semaines de la vie intra-utérine.

Koppe croit qu'il s'agit ici d'un vrai kyste dermoïde ; nous ne sommes pas de cet avis. Le diagnostic de kyste de la glande de Bartholin qu'avait d'abord porté Lagrange suivant l'examen clinique a été revisé après l'étude histologique ; cet auteur admet alors un kyste congénital résultant d'une imagination fortuite d'un bourgeon épithélial du canal de Mûller et nous nous rangeons à cette opinion.

Observ. 63. — Obs. 10 de Cullen. *Journ. of. the Americ. med. assoc.*, Chicago, 1905, t. XLIV, p. 209.

Age, 35 ans ; kyste 1 centimètre de diamètre. La paroi du kyste était formée de tissu fibreux et la paroi interne renfermait une à dix couches d'épithélium de transition ; la couche superficielle était formée de cellules cylindriques et apparemment ciliées.

Observ. 64. — Extr. de l'obs. de Choumkine, *Semaine gyn.* 1896, p. 311. (*in Journ. russe des accouch. et des mal. de femmes*, juin 1896).

Énorme kyste de la glande gauche de Bartholin.

Une musulmane de 37 ans s'adresse à N. Choumkine pour une énorme tumeur qui, de la vulve, descend jusqu'aux genoux. Cette tumeur a débuté il y a une quinzaine d'années ; elle s'est progressivement accrue sans provoquer de troubles et a permis cinq accouchements. Actuellement elle est indolore, ne gêne la malade que par son volume, elle ballotte entre les jambes et empêche la marche. La tumeur est piriforme, appendue à un pédicule ; celuici déjette la fente vulvaire à droite, attire en bas la partie gauche de la paroi vaginale et va probablement s'attacher aux parties molles et osseuses du petit bassin. La surface de la tumeur est sillonnée de grosses veines.

Opération. — Ligature préalable en masse du pédicule, car à la première incision il s'était produit une hémorragie abondante. L'incision du pédicule montre la section d'un paquet de veines, celles du corps caverneux gauche. On suture lèvre à lèvre l'enveloppe fibreuse du corps caverneux et on arrive à en détacher l'insertion profonde, pelvienne, de la tumeur. Guérison.

Le microscope démontre la dégénérescence kystique de la glande de Bartholin avec hypertrophie du corps caverneux gauche.

Observ. 65. — Obs. de Castelli et Rey. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1905, p. 61.

Kyste suppuré du conduit de la glande droite de Bartholin.

P... D..., 30 ans, entrée à l'hôpital Saint-Andral, 7 novembre 1904. Antécédents héréditaires et personnels nuls ; mariée à 22 ans ; deux enfants en bonne santé, actuellement enceinte de huit mois.

Elle porte sur la grande lèvre droite une tumeur du volume

du poing d'un adulte, qui ne gêne nullement, régulièrement arrondie et lisse, non douloureuse à la pression, nettement fluctuante, brunâtre, ridée et sillonnée de veines turgescentes, elle offre toutes les apparences d'un scrotum, siège entre les deux commissures et déborde la vulve. Elle avait le volume d'une noisette, quand la malade s'en aperçut il y a sept ans, elle a atteint bien lentement le volume d'une grosse mandarine qu'elle a aujourd'hui ;elle n'a nullement gêné les accouchements précédents. La malade entre à l'hôpital, son médecin craignant un obstacle à la sortie du fœtus.

12 *novembre.* — Incision par le professeur Rey ; la poche se crève à la dissection, à cause de ses nombreuses adhérences il s'en échappe environ 150 grammes de pus, non fétide, peu lié, d'aspect noirâtre. L'enveloppe kystique adhérente au pubis est enlevée, il se produit une hémorragie abondante : hémostase, tamponnement avec des compresses stériles et on suture par-dessus à l'aide d'agrafes métalliques. Néanmoins dans l'après-midi même de l'opération, une hémorragie assez abondante se produisit et nécessita un lavage de la poche avec de l'eau stérilisée très chaude, un nouveau tamponnement et un nouveau pansement. Trois jours après on est obligé de débrider et de retirer de la poche de gros caillots sanguins ; drainage jusqu'au 18 novembre ; guérison, sortie de l'hôpital le 30 novembre.

Le Dr Rey fait remarquer que la forme globulaire de la tumeur, son élévation due à son volume qui la rapprochait de l'orifice externe du canal de Nuck, pouvait faire penser à un kyste d'origine péritonéale. Mais le diagnostic a été confirmé par l'examen histologique pratiqué par le Dr Lemaire : la face interne de la poche

kystique présentait un revêtement muqueux analogue à celui du canal déverseur.

Le Dr Rey, à diverses reprises, a enlevé de gros kystes de la glande de Bartholin et a toujours observé le même écoulement sanguin. La coloration brunâtre du liquide ne pouvait provenir que d'une transformation en hématocèle à la suite d'un traumatisme passé inaperçu.

Observ. 66. — Obs. de MAURICEAU. *Trait. des mal. des femmes grosses* Paris, 1721, p. 181.

Tumeur de la lèvre gauche.

Le 1er février 1671, mes confrères Morel et Leclerc me firent voir, dans la basse cour du palais d'Orléans, une Dame Lorraine, âgée de plus de 60 ans, qui avait depuis vingt-cinq ans une de ces tumeurs de la grosseur des deux poings à la lèvre gauche de la vulve à laquelle il s'étoit fait depuis peu une fluxion très considérable, qui étoit entièrement disposée à suppurer ; pour raison de quoy nous conclûmes à faire ouverture de cette tumeur afin de donner une entière issuë à la matière ; le sieur Morel en tira quantité de pus semblable à la lie de vin ; après quoy cette femme fut parfaitement bien guérie de cette indisposition qu'elle avoit gardée si longtemps avec une grande incommodité, n'ayant jamais osé s'en faire traiter auparavant, dans le soupçon qu'elle avoit que ce ne fût quelque hergne.

Observ. 67. — Obs. de CRUVEILHIER. *Anat. descript.*, t. II, 1834, note p. 787.

Poche fibreuse à contenu muqueux, des deux côtés.

J'ai rencontré chez un sujet, en dehors du bulbe du vagin, une

poche fibro-séreuse, lisse, contenant un liquide muqueux transparent. Un canal étroit parti de cette poche se portait directement à l'entrée du vagin. Je n'ai pu voir l'orifice de ce canal, qui était probablement oblitéré. La même disposition existait des deux côtés.

Cruveilhier, fait remarquer à ce sujet Huguier, paraît avoir rencontré et décrit à son insu un kyste de la glande vulvo-vaginale.

Observ. 68. — Obs. de Robert, *Arch. gén. de méd.*, 1841, t. XI, p. 400.

Kyste muqueux de la vulve.

Chez une jeune fille de 19 ans que j'ai observée en 1837 à l'hôpital de l'Ourcine, un de ces follicules offrait un orifice tellement étroit que le mucus sécrété dans son intérieur s'en écoulait à peine : il en était résulté une tumeur oblongue du volume d'une amande qu'elle vidait chaque jour en la pressant avec le doigt. Ce fait ne révèle-t-il pas le mode de formation des kystes muqueux dont la vulve est assez souvent le siège.

Observ. 69. — Obs. de Stoltz. — Thèse concours agrég. Aubenas. Strasbourg, 1860. p. 43.

Poches kystiques des deux côtés à la place des glandes de Cowper.

J'ai trouvé le mémoire de Tiedemann sur la glande de Bartholin. Le professeur Stoltz, quelques années avant la publication des premières recherches de Huguier sur les kystes glandulaires, avait de sa main écrit la note suivante : « En cherchant, en novembre 1843, sur les parties génitales d'une accouchée

avant terme morte huit jours après l'enfantement d'une fièvre aiguë (typhus), les glandes de Cowper si bien décrites de nouveau par Tiedemann, je ne rencontrai à leurs lieu et place, à l'extrémité d'un canal faisant suite à l'orifice le plus grand de chaque côté de l'ouverture vaginale que des espèces de bourses ou poches distendues par un liquide filant comme du blanc d'œuf, légèrement opalin. D'un côté je trouvai une poche unique du volume d'une noisette ; de l'autre il y en avait plusieurs réunies, agglomérées : une plus grande, d'autres du volume d'un gros pois, renfermant un liquide semblable ; elles ne paraissaient pas communiquer ensemble. Je n'ai pas non plus reconnu de communication directe entre ces poches et les canaux dans lesquels j'avais engagé une sonde boutonnée. »

Il est impossible, ajoute Aubenas, qu'après avoir vu cette observation faite par une personne non prévenue et très compétente, de ne pas reconnaître des kystes du canal et des granulations de la glande vulvo-vaginale.

Observ. 70. — Extr. Obs. de Boyer fils. *Trait. d. mal. chir.* 1845, t. 2. note p. 714.

Kyste de la grande lèvre droite pris pour une tumeur fibreuse.

Il se présenta à la Charité, dans les salles de mon père une jeune fille de 20 à 25 ans qui avait la grande lèvre droite considérablement tuméfiée et sans aucun changement de couleur soit à la peau, soit à la membrane muqueuse. Cette tumeur était si rénitente et si tendue qu'après un examen plusieurs fois répété mon père diagnostiqua une tumeur fibreuse de la grande lèvre. Il fit pratiquer l'opération par Roux, chirurgien.

A peine avait-il commencé la dissection, qu'il ouvrit le kyste et fut inondé d'un liquide lactescent qui sortait avec force. Une mèche de charpie fut introduite chaque jour dans la cavité du kyste afin d'exciter l'inflammation de ses parois ; au sixième jour la mèche retirée amena avec elle tout le kyste qui conservait encore une grande dimension, il avait des parois d'un millimètre d'épaisseur.

Observ. 71. — Obs. de Velpeau. *Dict. de méd. ou répert. gén. d. sciences méd.*, t. XXX, 1846, p. 1001.

Deux kystes vulvaires.

I. — J'ai détruit un kyste de la vulve chez une dame de 38 ans qu'elle portait depuis quinze ans; il s'était déchiré trois fois, et n'en contenait pas moins encore une bouillie pultacée de couleur chocolat.

II. — Cette année (1845), j'en ai enlevé un, avec mon collègue Lagneau, chez une dame de cinquante et quelques années, qui en était tourmentée depuis plus de vingt ans, chez laquelle il s'était ouvert plusieurs fois, depuis qu'on en avait pratiqué la ponction, et dont toute la cavité était en pleine suppuration.

Observ. 72. — Vidal (*de Cassis*). *Trait. path. ext.*, t. V 1846, p. 587.

Trois cas de kystes dont l'un était multiloculaire.

Il y a une espèce de kyste que je considère comme une bourse muqueuse.

Je suis porté à penser que chez les femmes qui par goût, par passion ou par métier, ont souvent usé du coït, le frottement détermine la formation d'une bourse. J'ai été conduit à cette opinion par l'analogie, je l'avoue franchement, puis j'ai observé

des faits confirmatifs à l'hôpital de Lourcine. J'en possède surtout trois qui sont on ne peut plus favorables à mon opinion.

Des trois femmes qui m'ont fourni ces observations, deux étaient fortement constituées, l'autre était très nerveuse; elles atteignaient toutes trois la trentième année ; deux d'entre elles ont avoué sinon l'abus, du moins un très fréquent et long usage du coït. Les trois ont été opérées, j'ai extirpé des kystes à parois épaisses et contenant une humeur, en tout semblable à une synovie un peu épaisse. Chez l'une d'elles, il y avait deux tumeurs situées l'une devant l'autre, la plus reculée était très voisine de la branche ascendante de l'ischion.

Observ. 73. — Obs. de Cottingham. *Lancet*, 1850, t. II, p. 16.

Tumeur enkystée de la lèvre droite.

Mme F..., 32 ans, veuve, mère de deux enfants, portait sur la lèvre droite une tumeur enkystée du volume d'une grosse noix verte; elle existait depuis quelque temps et augmentait graduellement. Elle souffrait aussi d'une leucorrhée profuse. Au spéculum : état inflammatoire du col de l'utérus.

Après chloroformisation, j'ai complètement traversé la tumeur avec une petite aiguille courbe et six fils de soie ; une petite quantité de fluide glaireux, pareil au blanc d'œuf, s'échappa. Le séton fut enlevé au bout de trois semaines, l'oblitération parfaite du kyste avait eu lieu.

Observ. 74. — Extr. de l'obs. I de Fischer. — *Med. Zeit. herausg. v. d. ver. f. Heilkunde in Preussen*, t. XXII. Berlin, 1853, p. 130.

Kyste de la petite lèvre gauche pris pour une hernie.

Une blonde, 25 ans, après sa première couche était gênée par une tumeur siégeant dans la petite lèvre gauche, aussi bien pendant la marche que dans la position assise. Après beaucoup de remèdes on ne fit plus rien à cause d'une nouvelle grossesse. Après le second accouchement les troubles causés par la tumeur se déclarent de nouveau, d'où nouvelle consultation : l'un croit à une hernie, l'autre à des varices. On fit des applications médicamenteuses pendant cinq semaines sans résultat. Fischer intervient et trouve que la tumeur siège au tiers inférieur de la petite lèvre gauche, qu'elle s'étend contre la fente vulvaire et qu'on peut la suivre jusque dans le vagin sans pouvoir déter miner ses limites exactes. Sa couleur, son volume sont variables, diminuant le matin ; quelques heures après le lever la tumeur grossit, devient douloureuse, occasionne des besoins fréquents d'uriner et dans la marche cause de la douleur par frottement ; si la marche est pénible, la station assise l'est aussi ; il y a du calme dans le décubitus dorsal, le soir on constate des flueurs blanches qui disparaissent le matin ; le volume diminue avant et pendant la menstruation.

Par ponction au trocart, on recueille deux onces et demi de liquide qui laisse déposer au fond du vase un coagulum cristalloïde qu'on reconnaît pour être de la fibrine. Au microscope : des cristaux et des formations cellulaires ; la plus grande partie du liquide était de l'eau et de l'albumine.

Cinq semaines après la ponction le kyste s'était rempli de nouveau ; incision au bistouri ; remplissage à la gaze. Pas de récidive pendant les cinq années qui suivirent. Fischer croyait qu'il s'agissait là de la transformation d'un fibrome, suite d'un accouchement pénible, en un kyste purulent.

Obs. 75. — Extr. de l'obs. 2 de Fischer (même orig., p. 144). *Kyste de la grande lèvre gauche pris pour une hernie.*

Une brune de 38 ans, qui devait rester à Cologne, jusqu'au jour où elle aurait trouvé un bandage convenable est présentée à Fischer pour hernie de la lèvre gauche. Enfant maladive ; eut à 18 ans, une inflammation péritonéale qui s'est terminée par un abcès de la lèvre gauche juste à l'endroit où se trouve actuellement la hernie. Mariée à 26 ans ; elle accouche difficilement au forceps d'un enfant qui mourut. Pendant l'application du forceps la paroi gauche du vagin fut déchirée, ce que témoignait une cicatrice ; elle a fait une fausse couche de deux à trois mois en février 1852 ; elle vomissait souvent et croyait que cela faisait descendre sa hernie. La tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon resta longtemps sans causer ni douleurs ni troubles ; six mois après, en août, à la suite d'une chute, la tumeur devint sensible et plus tard au cours d'une dysenterie elle devint tellement douloureuse que pendant la défécation la malade devait la refouler en haut avec les deux mains. A partir de ce moment, la tumeur grossit, devint plus douloureuse et plus tendue pendant les règles. En octobre les deux tiers inférieurs de la lèvre gauche avaient l'étendue d'une orange et la tumeur s'avançait jusqu'au milieu de la paroi vaginale gauche où le doigt pouvait en faire le tour ; de l'extrémité inférieure de la grande lèvre partait un cordon dur et très court vers le périnée.

La marche et la station assise n'étaient possibles que pendant peu de temps ; à table, pour éviter toute pression sur la partie malade la patiente était obligée de mettre le pied droit sous l'ischion gauche ; le décubitus dorsal calmait les douleurs. Après les fatigues de la journée, la tumeur devenait bleu-foncé et de la grosseur du poing ; c'était à ce moment-là une masse solide,

donnant de la matité à la percussion. Les secousses des viscères abdominaux par la toux se transmettaient sans qu'on ait pu constater l'augmentation du volume du kyste ; le doigt introduit dans le vagin, on ne constatait pas une descente des organes du bassin pendant la toux répétée. Fischer trouvait deux points fluctuants de la grosseur d'un petit pois, l'un convexe se trouvait juste à la limite de la surface externe et interne de la lèvre et au niveau du tiers moyen, l'autre siégeait dans la moitié inférieure de la surface externe de la lèvre. Pas de transparence avec l'éclairage artificiel. La ponction donna un liquide brunâtre, de la consistance d'une émulsion montrant au microscope des cellules agglomérées et des granulations purulentes. Incision de toute la lèvre, la surface interne de la cavité était blanchâtre et plissée. On traita le kyste comme une hydrocèle ouverte pendant quatorze jours ; Fischer renvoya la malade en lui recommandant des soins de propreté.

Observ. 76. — Obs. d'Ancelon (de Dieuze). *Gaz. d. Hôp.*, 1856, p. 102.

Kyste du conduit.

En décembre 1854 j'eus l'occasion d'examiner chez une femme de 27 ans, morte de choléra, un de ces kystes que l'on traitait depuis cinq ans par des incisions successives ; il ne restait que quelques vestiges de la glande dégénérée, dont le canal excréteur avait près de 2 centimètres de diamètre. C'est là sans doute un de ces cas où Huguier eût conseillé l'ablation de l'organe.

Observ. 77. — Obs. de Martin et Léger. — *Mém. acad. méd.*, 3 décembre 1861. *Arch. gén. d. méd.*, 1862, vol. I, sér. 5, t. XIX. p. 192.

Guérison accidentelle d'un kyste de la grande lèvre gauche.

D..., Cécile, 28 ans, entre à Saint-Lazare, 5 juin 1860, pour légère ulcération granuleuse du col. Tempérament nerveux, constitution délicate, aucun symptôme de syphilis. Quelques jours après son entrée on constate dans l'épaisseur de la grande lèvre gauche un kyste du volume d'une petite noix. A l'ouverture : issue d'un liquide purulent, roussâtre, consistance gélatineuse ; injections iodées dans le kyste.

26 *juin.* — La plaie prend l'aspect d'un ulcère chancreux (bords déchiquetés, taillés à pic, fond grisâtre, tissus détruits sur une étendue de 2 à 3 centimètre de diamètre).

3 *juillet.* — Le foyer entier du kyste s'est converti en un vaste chancre mou (chancroïde). Suppuration peu abondante, pus mal lié, pas d'adénite, douleurs très supportables, pansement avec le tartrate ferrico-potassique, puis avec la bouillie de belladone. La malade dit se rappeler avoir touché plusieurs fois l'ouverture du kyste avec la main dont elle s'était servie pour aider au pansement de sa voisine atteinte de bubon virulent. A partir de ce moment on traite l'ulcère comme un chancroïde.

21 *juillet.* — Le foyer du kyste est complètement détruit. Les jours suivants on cautérise vigoureusement le chancroïde. La malade guérie de son ulcération du col sort de l'hôpital le 2 août.

Observ. 78. – Obs. de Baker Brown. Lancet, février 1, 1862, p. 121.

Kyste de la lèvre gauche.

Une femme de 33 ans, est hospitalisée pour un kyste de la lèvre gauche de la grosseur d'un œuf de pigeon; il existait depuis

six ans. Parfaite santé Le 14 novembre, après chloroformisation, Brown par dissection enleva le kyste en entier, opération très délicate car l'enveloppe était extrêmement mince. Le liquide contenu était brun-clair. Après quelques jours, guérison parfaite.

Observ. 79. — Obs. de Hillman. Lancet, fév. 1, 1862, p. 121.

Kyste de la grande lèvre.

Dans le cas présent on avait pensé pouvoir complètement enlever le kyste par dissection, opération très délicate, car la tumeur était relativement grosse, du volume d'une pomme et l'enveloppe mince. La malade âgée de 28 ans en souffrait depuis plusieurs années. Le 1er octobre, chloroformisation : le kyste s'ouvrit avant l'ablation complète, le contenu était d'une couleur jaune-vert, fluide comme de l'eau, d'une odeur presque intolérable et en éclatant un peu de liquide fut projeté à une distance considérable. La cure fut complète.

Observ. 80. — Obs. de Mac Clintock. — *Clin. mem. on disease of women.* Dublin, 1863, p. 231.

Kyste de la lèvre droite.

Dans un cas pour lequel j'ai été consulté, la tumeur avait une forme longue ovale, de la grosseur d'un petit œuf de poule, siégeant sur la partie postérieure de la lèvre droite. La malade âgée d'environ 30 ans, était saine, mariée, avait eu deux enfants. Elle refusa le traitement chirurgical, la tumeur ne la gênant pas beaucoup. J'ai toujours remarqué que ces kystes contenaient un fluide épais, quelquefois clair, comme de la glycérine, ou bien opaque et jaunâtre.

Observ. 81. — Obs. de Paget. Lect. on surg. path. 1871' p. 411. Philadelp.

Kyste de la grande lèvre droite.

Une femme de 25 ans, soignée par le Dr West, avait en bas et en avant de la grande lèvre droite une grosseur molle d'un pouce environ de diamètre ; elle s'étendait vers la surface interne de la lèvre, n'était pas douloureuse, avait commencé trois mois après l'accouchement et augmentait graduellement depuis six ans. Je pressai cette tumeur, il en sorti environ 3 drachmes d'un liquide transparent, limpide, comme du mucus ou du blanc d'œuf. Le kyste avait une surface interne blanche et unie, le liquide renfermait beaucoup de leucocytes. Ce kyste disparut en même temps qu'une maladie de matrice dont était atteinte la malade, mais deux ans après il reparut, celui-là ou un autre.

Observ. 82 — Obs. de Paget (même orig. p 412).

Kyste de la grande lèvre droite.

La malade âgée de 45 ans, était soignée par le Dr Stanley ; la tumeur presque régulièrement ovale occupait toute la longueur de la grande lèvre droite et obstruait le vagin ; elle grossissait depuis quatre ans, n'était pas douloureuse et a été souvent froissée. Une incision en fit sortir environ 14 onces de liquide épais, sans odeur, brun foncé, comme du café épais.

La paroi du kyste avait l'épaisseur d'un tiers de ligne, était résistante, compacte, unie étroitement avec les tissus environnants. Abernethy Kingdom qui examina le contenu trouva une matière moléculaire abondante, des masses granulées avec des groupes de cellules ressemblant à des cellules épithéliales de différentes grosseurs.

Observ. 83. — Obs. de WEINLECHNER. *Berichte d. kais. kœnigl. krank. Rudolph Stiftung.* Wien, 1878, p. 300.

Kystes sanguins multiples de la glande gauche de Bartholin.

Koller Sophie, 25 ans, s'aperçut il y a un ans d'une tumeur, à la grande lèvre gauche, augmentant petit à petit, occasionnant parfois des troubles peu accentués ; elle siégeait à la partie postérieure de la grande lèvre, était fluctuante, molle, grosse comme un œuf de poule, sa peau était mince, bleuâtre ; les parties voisines sont normales, la petite lèvre est repliée sur le côté opposé ; le doigt, dans le vagin, poursuit cette tumeur dans la paroi latérale gauche. La malade ignore comment cette tumeur s'est développée.

Chloroformisation ; à l'incision, écoulement de sang noirâtre coagulé ; dans la profondeur on trouve une autre tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon qui, à l'incision, laisse écouler un pus liquide, verdâtre, louche. On enlève tout ce qu'on peut de cette tumeur, le reste est cautérisé à l'acide azotique fumant ; on dut renouveler la cautérisation. Le 28 juin, la malade sortit presque complètement guérie de la clinique chirurgicale.

Observ. 84. — Extr. de l'obs. de CHÉRON. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, 1879, t. I. p 484.

Dilatation du conduit de la glande vulvo-vagidale gauche transformée en kyste hématique.

Mme Jeanne S..., 50 ans, a eu cinq enfants, a toujours été mal réglée, mais depuis plus de quinze ans est sujette à des poussées congestives de nature hémorragipare qui amènent de temps en temps des pertes de sang peu abondantes, mais souvent répétées. A la suite de ses premiers accouchements apparurent sur les deux membres inférieurs et les organes génitaux externes, de

nombreuses varices. Elle se présente à notre clinique parce qu'il lui est survenu aux parties extérieures une petite grosseur qui non seulement la gêne depuis trois mois, mais rend plus fréquentes et plus douloureuses les poussées congestives dont elle souffre depuis si longtemps. Le toucher fait reconnaître le volume énorme du col de l'utérus, l'empâtement des culs-de-sac et les dilatations variqueuses que l'on retrouve surtout très développées dans le cul-de-sac latéral gauche. Au spéculum le col est gros et large, rouge violacé, l'orifice largement ouvert.

A la base de la grande lèvre gauche existe une tumeur ronde de la grosseur d'un œuf de poule et se portant vers l'orifice vulvaire ; sa consistance est celle d'une poche fermée et fortement distendue par un liquide. Impossible de faire sortir le liquide par l'orifice de la glande ni d'introduire un stylet. Tumeur indolore au toucher, bien limitée, pas d'inflammation ni d'empâtement du tissu cellulaire de la grande lèvre. La malade étant gênée de sa profession de blanchisseuse, séance tenante nous avons recours à la division du kyste de haut en bas à l'aide de la ligature élastique. Au moment où le trocart est retiré, il s'écoule une sorte de bouillie noirâtre qui n'est que du sang altéré épanché depuis longtemps dans cette cavité naturelle fortement dilatée, c'est un véritable kyste hématique. La malade n'a pas été endormie et n'a pas souffert du passage du trocart filiforme ; elle a regagné son domicile quelques instants après. Applications de compresses imbibées d'une solution aqueuse d'acide picrique. Section complète au huitième jour ; dix jours plus tard cicatrisation complète.

Observ. 85. — Obs. 22 de Chéron. *Rev. méd. chir. mal. de femmes*, t. XIV, 1892, p. 720.

Kyste hématique de la glande droite de Bartholin.

Marie C..., 35 ans, entre à Saint-Lazare 29 décembre 1886 pour un chancre mou de l'urèthre et un kyste de la glande de Bartholin droite. D'après la malade la grande lèvre aurait commencé à grossir il y a sept à huit ans sans amener de douleurs et de changement de coloration à la peau. Elle n'aurait jamais souffert de cette tumeur. On sent dans la moitié postérieure de la grande lèvre droite une masse très dure, très résistante, grosse comme un petit œuf, ronde, lisse à sa surface, non sensible à la pression.

Ponction, avec un trocart de petit calibre, de la tumeur que je pensais être un kyste séreux de la glande de Bartholin ; rien ne passe à mon grand étonnement. Par ponction : petite quantité de matière brunâtre, demi liquide, sans odeur. Nous avons probablement affaire à un kyste hématique. J'ouvre le kyste à l'aide de l'anse de platine et retire environ trois cuillerées à bouche de sang altéré, couleur chocolat et demi-liquide. La section a été pratiquée sans hémorragie ; pansement tous les jours à l'acide picrique en solution saturée ; attouchement de la cavité avec le crayon de nitrate d'argent. Le 15 février, guérison à peu près complète.

Observ. 86. — Obs. de POLAILLON. *Ann. de gyn. et d'obst.* 1860, t. XXXIV, p. 389.

Kyste de la glande gauche.

Le kyste forme une tumeur de la grosseur d'une orange, fluctuante, indolore, refoulant à gauche la grande lèvre, effaçant la petite lèvre et se prolongeant sur la paroi gauche du vagin ; grâce à une dissection minutieuse le kyste fut enlevé sans avoir été ouvert.

Observ. 87. — Obs. d'ODEBRECHT. *Centralbl. f. gyn. Berlin*, nº 10, 1890, p. 165.

Kyste de la glande droite.

Une femme de 40 ans présente, dans la région de la grande lèvre droite, une tumeur ayant évolué en dix mois et ne gênant que par sa grosseur. La lèvre était bombée, hémisphérique, la tumeur s'étendait de l'entrée du vagin jusqu'à son côté gauche, allait à droite et en bas jusqu'à la cuisse, en haut jusqu'au clitoris, en arrière jusqu'au delà de l'anus. Avec le doigt dans le vagin on pouvait la poursuivre jusqu'au milieu du vagin, elle était fluctuante mais non enflammée. D'après la malade, elle avait débuté exactement à l'endroit où se trouve la glande de Bartholin dont on aurait diagnostiqué un kyste. Elle a été énucléée facilement. A cause de l'hémorragie des plexus veineux, on dut abandonner la suture à plusieurs étages de fils et bourrer la cavité avec de la gaze iodoformée. La tumeur de la grosseur du poing est formée de tissu fibreux, son côté externe était formé d'une zone ramollie qui montrait de la fluctuation.

Observ. 88. — Obs. de MICHAUX. *Trait. chir. de* SIMON DUPLAY et P. RECLUS, 1899, t. VIII, p. 12.

Kyste de la glande vulvo-vaginale.

En disséquant avec le plus grand soin un kyste inféro-interne développé dans la partie inférieure de la petite lèvre, il m'a été impossible de préciser l'origine réelle de l'affection. On voit une poche kystique bleuâtre à parois assez minces, bleuâtre par transparence, légèrement adhérente en un ou deux points de la face interne de la petite lèvre en avant des caroncules myrtiformes et des débris de l'hymen, lisse dans tout le reste de son étendue, sauf à sa partie supérieure et externe où l'on

trouve un épaississement blanchâtre qui n'est autre sans doute que ce qui reste de la glande.

Observ. 89. — Observation personnelle I.

Kyste de la glande gauche.

Femme de 25 ans environ, entre en mars 1902 à l'hôpital de Lariboisière, présentant au niveau de la petite lèvre gauche une tumeur du volume d'un petit œuf. Cette grosseur insensible a eu un développement progressif depuis trois mois; actuellement cette tumeur est fluctuante, peu tendue, tout à fait indolente ; elle soulève la muqueuse vaginale, et on ne remarque à sa surface aucune saillie ou dépression.

La malade n'est plus vierge, n'a pas eu d'enfants ; elle n'a jamais eu de blennorrhagie et on ne retrouve dans ses antécédents aucun souvenir d'une bartholinite.

M. Lecène fit l'opération ; sous l'anesthésie chloroformique on incisa la muqueuse vaginale et on énucléa assez facilement le kyste sans l'ouvrir : on ne trouva d'adhérences qu'en bas et en arrière, là où le kyste est fusionné avec la glande de Bartholin. Fermeture de la plaie par trois points de catgut profond et trois crins superficiels. Guérison rapide sans complications.

La tumeur extirpée est du volume d'un petit œuf de poule : sa surface est régulière et couverte de fines arborisations vasculaires. A l'incision le kyste contient un liquide visqueux vert-noirâtre.

On fixe le kyste dans l'alcool. Sur les coupes de la paroi on trouve de dehors en dedans une paroi conjonctive dense contenant quelques vaisseaux, pas de fibres lisses, puis une seule assise épithéliale formée de hautes cellules cylindriques, en palis-

sade, qui portent une couronne de cils vibratiles. On retrouve par endroits dans la paroi conjonctive des débris de la glande de Bartholin reconnaissable a ses acini formés de cellules polyédiques à protoplasma clair et à noyau arrondi.

C'est un kyste développé anatomiquement et cliniquement dans la glande de Bartholin mais pathogéniquement nous ne pouvons admettre qu'il s'agit d'un kyste d'origine glandulaire puisque dans la structure de ce kyste on trouve de l'épithélium à cils vibratiles qui n'existe pas dans la structure de la glande de Bartholin; il convient d'en faire un kyste d'origine congénitale développé probablement aux dépens d'un débris Wolffien ou plutôt Mullérien.

Observ. 90. — Observation personnelle II.

Kyste de la glande gauche.

Mme X..., âgée de 26 ans, entre le 25 février 1905 dans le service du Dr Hartmann à l'hôpital de Lariboisière pour se faire opérer d'une tumeur de la grande lèvre gauche. Il y a trois mois environ que la malade s'aperçut de l'existence d'une petite grosseur au niveau de la grande lèvre du côté gauche; la tumeur depuis lors a augmenté de volume progressivement mais sans douleurs; actuellement elle a atteint les dimensions d'un gros œuf de pigeon et la malade, sans en être très gênée, demande à être débarrassée.

A l'examen. — On constate l'existence d'une tumeur ovoïde, à grand axe parallèle à celui de la grande lèvre gauche et faisant saillie dans le repli qui sépare la petite lèvre de la grande lèvre; par le toucher vaginal combiné au palper extérieur on sent que cette tumeur manifestement fluctuante, bien que tendue, est enchâssée dans la paroi de l'orifice vaginal dont elle occupe le

côté gauche. Par la pression on ne peut faire sourdre aucun liquide et la tumeur est irréductible. La muqueuse qui recouvre la tumeur est de coloration normale sans modification et il n'y a pas de trace d'inflammation à son niveau.

La malade ne présente, en dehors de cette tumeur qui est manifestement un kyste de la glande de Bartholin, aucune lésion de l'appareil uro-génital : ni métrite, ni annexite, ni uréthrite. Elle a eu une grossesse à terme et pas de blennorrhagie.

L'opération a été pratiquée par M. Lecène le 5 mars : anesthésie générale au chloroforme ; incision verticale sur la petite lèvre soulevée par la tumeur ; dissection prudente du kyste dont la paroi est fort mince partout, sauf en bas et en arrière : à ce niveau on voit que le kyste se perd dans les grains glandulaires qui représentent la glande de Bartholin. La dissection d'avec le bulbe de la vulve et le constrictor cunni est assez délicate, cependant on finit par extirper sans l'avoir ouvert le kyste et les portions de la glande qui lui adhèrent. Quelques catguts profonds assurent l'hémostase ; réunion de la muqueuse par un surjet de catgut. La malade ne présente aucune réaction après cette petite intervention ; elle sort guérie du service le 18 mars.

Examen de la pièce. — Le kyste a les dimensions d'un gros œuf de pigeon, sa paroi est mince et on voit par transparence le liquide verdâtre qui y est contenu ; en un seul point la paroi kystique s'épaissit et présente à sa surface des grains glandulaires de couleur jaunâtre bien reconnaissables.

On fixe le kyste dans son entier, non ouvert, dans l'alcool à 90°.

Examen histologique. — La paroi kystique est formée :

1° D'une couche de tissu conjonctif dense, peu vasculaire, ne contenant pas de fibres musculaires lisses.

2° D'un revêtement épithélial formé de cellules cylindriques

hautes dont quelques-unes présentent l'aspect caliciforme. En aucun point on ne trouve de cellules à cils vibratiles.

Le liquide contenu à l'intérieur du kyste est formé surtout de mucus renfermant quelques rares leucocytes et des cellules épithéliales cylindriques desquamées.

Les coupes, portant au niveau du point où l'on apercevait les grains glandulaires à l'œil nu, montrent qu'en effet, en ce point, la glande de Bartholin est confondue avec le kyste. On retrouve la structure normale de la glande avec ses canaux excréteurs légèrement ectasiés et ses acini contenant des cellules claires à protoplasma réticulé et à noyau bien coloré. Aucune trace d'inflammation chronique dans la glande. L'examen histologique par la présence de l'épithélium caliciforme semblerait démontrer que nous avons eu affaire à un kyste développé aux dépens des acini de la glande de Bartholin.

CONCLUSIONS

Les auteurs anciens n'ignoraient pas l'existence de cet *appareil glandulaire* des parties génitales de la femme : il se trouve plus ou moins bien mentionné ou figuré dans leurs ouvrages ; néanmoins le silence s'établit peu à peu autour de lui.

Sorti un moment de l'oubli, grâce aux études de Duverney et de Bartholin, il y retomba bientôt par la faute de Hunter.

Sa résurrection, aujourd'hui définitive, est due aux travaux érudits de Tiedemann qui l'a fort bien étudié au point de vue de l'anatomie, et à l'œuvre magistrale de Huguier qui s'est principalement portée sur la pathologie (1).

La glande de Bartholin est du type tubulaire ramifié (2);

1. Le 22 mars 1852 l'Académie des Sciences décernait à Huguier un prix de 2.000 francs pour ses recherches sur les maladies de l'appareil sexuel de la femme.

2. C'est une glande en grappe avaient écrit Martin et Léger ; une glande muqueuse en grappe (Koelliker); une glande acineuse composée (Barone) ; une glande tubuleuse ramifiée (Flemming, Stoehr, V. Müller).

elle peut posséder une enveloppe, comme n'être composée que d'un agrégat de granulations ; elle peut aussi s'adjoindre des lobes accessoires, comme il peut également exister des lobules aberrants plus ou moins éloignés de la masse glandulaire.

La glande vulvo-vaginale peut quelquefois manquer, mais il convient aussi de faire remarquer que si elle est très peu développée et se trouve composée de petites granulations diffuses, sa recherche devient d'une extrême difficulté (surtout sur le cadavre) et elle peut dès lors passer inaperçue.

Sa formation débuterait au troisième mois de la vie fœtale ; elle serait apte à fonctionner bien avant la naissance ; elle sert à humidifier la vulve, mais c'est surtout à la puberté, à l'époque où les désirs sexuels s'éveillent, qu'elle acquiert un grand développement ; elle joue un rôle important dans l'acte de l'accouplement.

Nous partageons l'avis de Doléris disant que, plus souvent qu'on ne le croit généralement, ces glandes sont rudimentaires et leur fonctionnement presque nul.

La question de ses vaisseaux lymphatiques n'est pas résolue et mérite encore d'être étudiée.

Les acini ont un épithélium caliciforme, les sinus un épithélium cubique, les conduits terminaux un épithélium de transition à une seule couche, le canal excréteur principal possède un épithélium cylindrique pluristratifié et au voisinage de son embouchure terminale vulvaire son épithélium est pavimenteux.

L'histologie de cet appareil a fait un grand pas, mais

l'accord n'est pas absolument parfait et il convient de continuer les recherches.

Autrefois le mot « kyste » ne s'appliquait qu'à l'enveloppe seule ; c'èst plus tard que le terme s'est étendu à la tumeur entière : parois et contenu. Jusqu'aux travaux de Tiedemann et surtout de Huguier faute de précision dans les observations des auteurs, les recherches sont des plus difficiles ; et étant donnée la constitution anatomique de la glande, on comprend que le kyste n'ait pas un siège absolument déterminé : ce qui a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic.

Au point de vue clinique, nous croyons préférable la classification de Pozzi, car on ne peut souvent diagnostiquer à première vue quelle région de l'appareil glandulaire est atteinte, mais il convient cependant de conserver celle de Huguier qui est vraie et peut être utilisée lorsque l'examen histologique de la pièce a été pratiqué.

La cause de la maladie est généralement ignorée : l'abus du coït tant accusé, l'onanisme, jouent certainement un très grand rôle dans l'étiologie en amenant l'hypersécrétion, mais toute autre cause entraînant la stagnation du mucus, son épaississement, ou une modification de la fonction sécrétoire, est suffisante pour devenir l'origine d'un kyste.

Les nullipares sont aussi souvent atteintes que les multipares. Nous n'avons pas remarqué, en nous basant sur toutes les observations recueillies, que les femmes blondes fussent plus souvent frappées que les brunes ; nous ne croyons pas que le métier ait quelque importance dans la question, que les passionnées soient plus

souvent victimes ; et nous ne pensons pas que l'hymen soit un bouclier contre l'affection.

Dans 39 observations où sont mentionnées les professions, nous avons trouvé que les divers corps de métier étaient à peu près également répartis, et nous avons pu enregistrer 5 bourgeoises, 5 prostituées, 4 vierges. Deux de ces vierges portaient des deux côtés un kyste de la grosseur d'une noisette, une autre âgée de 19 ans n'avait qu'un seul côté atteint d'un kyste de la grosseur d'une amande, et une quatrième, âgée de 22 ans, montrait à gauche un kyste du volume d'un œuf de poule.

Sur 73 observations : 8 kystes siégeaient sur chacune des deux lèvres, 27 étaient sur la lèvre droite seule, 38 se fixaient sur la lèvre gauche. L'explication réelle de cette préférence pour le côté gauche est encore à trouver. Nous pensons avec Huguenin et avec Martineau que certaines positions dans les rapprochements sexuels contribuent à cette fréquence, mais nous croyons encore qu'il y a lieu de faire entrer en bon compte la masturbation et l'attrition habituelle et voulue des lèvres, quand l'élection de l'appui se répète toujours ou plutôt sur l'une que sur l'autre des deux lèvres, et que l'orientation de la vulve serait aussi à considérer.

Quant à l'âge des malades, sur 91 cas portant de 17 à 60 ans, nous avons noté que la plus grande fréquence se fixe entre 22 et 36 ans et on trouve pour cette période 59 cas contre 32 cas pour le reste. Mais ce qui serait important, c'est de connaître le début de la maladie, grande difficulté, car le plus souvent ce moment a passé inaperçu ; ce n'est la plupart du temps que fortuitement,

et certainement longtemps après, que le mal se découvre mais avec un volume tel qu'il laisse à penser qu'il a été fort longtemps méconnu.

Au début de la formation du kyste, la glande, ordinairement sous l'influence de l'arrêt dans l'écoulement du liquide sécrété, ou quelquefois pour une autre cause inconnue, s'irrite, se modifie dans ses éléments tout en continuant cependant sa fonction sécrétoire ; plus tard elle s'atrophiera peu à peu. Mais le kyste peut être opéré avant cette dernière période, ce qui fait, qu'à l'examen histologique, l'état de la glande sera trouvé plus ou moins normal. A une date plus avancée, le kyste augmentant son volume développera ses parois qui engloberont petit à petit dans leur épaisseur des granulations glandulaires au point qu'il arrivera même un moment où la glande pourra ainsi disparaître en totalité ; à peine arrivera-t-on à retrouver, comme vestige, un nodule pariétal plus ou moins dur dont l'origine ne pourra guère être décélée qu'au microscope.

Le contenu est des plus variables comme aspect, couleur et composition, sans qu'il soit possible de tabler sur la prétendue durée du kyste ; on peut trouver des calculs ; la question des microbes reste encore à élucider.

Si le volume du kyste n'atteint ordinairement que celui d'un gros œuf de poule, nous savons aujourd'hui qu'il peut considérablement le dépasser.

Si généralement le mal est bénin, il peut toutefois se produire par la suite diverses complications non exemptes de dangers, et mieux vaut se débarrasser du kyste

le plus tôt possible, par le seul traitement d'une efficacité absolue qui est l'extirpation complète, ce qui, depuis l'avènement de la méthode aseptique, est une opération sans aucune gravité qu'on pourrait au besoin pratiquer même pendant la grossesse si la nécessité s'en faisait sentir.

Vu : le Président de la thèse,
TERRIER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AMOUREL (E). — Tumeurs fibreuses des grandes lèvres. *Thèse Paris*, n° 460, août 1883.

ANCELON (de Dieuze). — Tum. de la vulve. *Gaz. Hôp.*, n° 26, mars 1856, p. 102.

ANGER (Th). — Cautérisation dans le trait. d. mal. chir. *Thèse concours,* Paris, 26 mai-1869, p. 157.

— Traitem. de kystes à contenu muqueux par inject. de chlorure de zinc. *Bull. et mém. soc. chir.*, Paris, t. I. 1875, p. 765.

AUBENAS (G.). — Tum de la vulve. *Thèse concours agrég.*, Strasbourg, 27 fév. 1860.

AUDRY (Ch.). — Note sur la techn. des interv. sur la gl. de Bartholin. *Journ. d. mal. cut. et syph.* Paris, 1900, 5e série, t. XII, p. 284.

AUMOINE (J.). — Etude sur qques tum. solides des gr. lèvres. *Thèse Paris*, n. 459, décem, 1876.

BAERENSPRUNG. — Die Erkr. d. Bartholin schen drüsem. *Ann. Charité Krankenh.* Berlin, VI. I. 1855, p. 36.

BAÏSSE (A). — Et. sur les abcès des gl. vulvo-vaginales. *Thèse Montpellier*, n° 15, mai 1879.

BARONE (C.). — Sulle malattie delle glandole di Bartolino. *Movimento med. chir.* Napoli, 1879, 2e série, I. p. 575 ; 1880, 2e série, II. p. 91.

BEREND (H.-W). — Zur erkrank. d. Bartholinis. drus. *Allg. Wiener medizin. Zeit.* 1869, XIV, p. 472.

Berthelin (P.-E.). — Essai sur l'hydrocèle de la femme. *Thèse Paris*, n° 362, juillet 1894.

Blandin. — Rapp. sur le mém. de Huguier. *Bull. acad. méd.*, Paris, XII, 1846-7, p. 597.

Bluhm (A.). — Cysten des labium minus. *archiv. f. gyn.* Berlin, 1901, LXII, p. 34.

Bonnet (S.). — Kystes des gl. vulvo-vaginales. *Gaz. Hôp.*, n° 69, juin 1888, p. 637.

Bonnet et petit (P). — *Traité prat. de gynécologie*, 1894, p. 373.

Bouilly (G.). — Kyste de la gl. de Bartholin. *Man. path. ext.* t. IV 1897, p. 323.

Boursier (A.). — Précis de gynécologie, 1903, p. 119.

Boyer (Ph.). — fils. Traité mal. chir., t. II. 1845, p. 186. t. V, 1846, p. 705.

Boys (de Loury). — Obs. sur les kystes des gr. lèvres. *Rev. méd.* 1840, t. IV, p. 343, *Ann. de méd: belge et étrang.* Bruxelles, 1841, I. p. 238.

Braun (G.). — Ueber entzund. d. Barthol. drüse.... *Wiener medizin-Halle.* Wien, 1864, V. 3. 19.

Brown (B.). — Encyted tumor of the labium. *Lancet*, London, I. 1862, p. 121.

Bulteau. — Kyste de la gl. vulvo-vaginale. *Union méd. et scient. du Nord-Est.* Reims, IV, 1880, p. 138.

Castelli et Rey. — Kyste suppuré de la gl. de Bartholin. *Bull. méd. de l'Algérie.* Alger, XVI, 1905, p. 61.

Chase (W.-B.). — Case of enlarged Barthol. gland. *Brooklyn med. Journ.* N.-Y, 1891, V, 315.

Chassaignac. — Extirp. d'un kyste de la gl. de Bartholin. *Bull. soc. anat.*, n° 11. Paris, 28, 1852, p. 471.

Chéron (J.). — Extirp. des kystes par lig. élastique. *Gaz. Hôp.*, 1876.

— Congest. utérine et kyste de la gl. de Bartholin. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. I. 1879-80, p. 196.

— Kyste hématique. *Rev. med. chir. d. mal. d. femmes*, t. I, 1879-80, p. 484... 487...

— Trait. des kystes de la gr. lèvre par inject. liq. de Villate, *id.* T. III, 1881, p. 479.

— Trait. des kystes de la gr, lèvre par la lig. élastique., *id.* T. IX. 1887.

— Applic. de la galvano-caustie thermique à la gyn., *id.* T. XIV, 1892, p. 716.

CHEVALERIAS (E.). — Fist. vulvo-rect. consec. à la suppur. de la gl. vulvo-vaginale, *thèse Paris*, août 1880, n° 367.

CHOUMKINE (N.). — kyste de la gl. de Bartholin. *semaine gyn.* 1896. p. 311.

CHURCHILL (Fl.). — diseases of Women. Dublin. 1864. p. 138, 620.

— Traité pratiq. d. mal. d. femmes-traduct de l'anglais par A. Wieland et J. Dubrisay, 1866, p. 35. 1874, p. 46.

CONANT (W.-M.) — Cysts of the labium. *Boston méd. Journ.*, CXXIV juin 1891, 549.

COTTINGHAM — Case of encysted tumor of the labium. *Lancet*, 1850, T. II, p. 16.

CRUVEILHIER (J.). — Anatomie descriptive, t. II, 1834, p. 787. note.

CULLEN (T.-T.). — Cysts of Bartholin's gland. *Journ. of the americ. med. assoc. Chicago* 1905, XLIV. 1er sem., p. 204.

D ARVIEU (Al. de). — Tum. dela vulve. *Thèse n°* 4, *Montpellier*, janvier 1867.

DA SILVA JONES (G.-M.). — Vulvo-vagin... kysto da vulva. *Correio med. Lisboa* 1890. XIX, p. 59.

DECONSEILLEZ. — Kyste de la gr lèvre. *Journ. d. scien. méd. de Lille*. T. II. 1900, p. 180.

DELENS. — Rapp. sur le procédé de Pozzi.... *Bull. mém. soc. chir.* Paris, IV, 1878, p. 714.

DE SINETY, — Man. prat. gyn., 1879, p. 31. 48-52. 80.

— Histol, gl. vulvo-vaginale. *Soc. biol. Paris*, juillet 1880, p. 280.

— *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. II, 1880, p. 589.

— *Gaz. méd.* Paris, 1880, sér. 6. II, p. 454.

— Trait. prat. gyn., 1884. p. 49-52, 73-77.

DOBERT (Th.-A.). — Kystes d. gr. lèvres. *Journ. accouch. et mal. d. femmes*, mai 1896.

— Kystes d. gr. lèvres. *Sem. gyn.* 1896, p. 183.

DOLERIS (J. A.). — Bartholinite. Gynécologie, t. X, février 1905. p. 1.

DORAN (A.). — Surgic. treatm. of cyts of... cowper's gland. — *Transact. of med soc. of London*, 1892-93, XVI, p. 38.

— — *Rev. méd. chir. d. mal. d. femme*, Paris, t. XV, 1893, p. 754.

DUBAR (Al. G.). — Tum. liquides d. gr. lèvres. *Thèse Lille*, n° 42, janv. 1888.

DUCHATEAU. — Kyste gl. de Bartholin. *Bull. soc. anat. clin.* Lille, 1890, V. p. 88.

Duncan (J.-M.). — Clin. lect. on tum and cyts.... *med. times* a. *gaz. London*, I, 1880, p. 85.

Duplay. — Tum. lig. rond. *Arch. gen. méd.* mars 1882.

— *Ann. gynéc*, t. XVII, 1882, p. 189-199.

Duplay (S.) et Reclus (P.). — Kyste de gl. vulvo-vaginale. Trait. chir., t. VIII, 1899 p. 12.

Duvernoy (E.). — Trait. kyst. gl. vulv.-vagin. inject, chlor. zing. *Ann. gyn.*, t. XIII. 1880, p. 251.

Fauvel (R.). — Inf. et fist. gl. vulv.-vagin. *Thèse Paris*, janvier 1886, n° 86.

Ferroni (Er.). — Osserv. sulla struttura d. cisti d. gl, vulv. vagin. *Annali di ostetri. ginecol*, Milano, 1898, XX, p. 513.

Fischer. — Zwei Fælle von Cystenbildung inn. d. Lefzen d. weibl. Scham. Medic. Zeitung. Hrsg. v. d. ver. f. Heilkunde in Preussen, Berlin, t. XXII, 1853, p. 130-144.

Geigel (R.). — Variabilitæt in d. Entwickl. d. geschl. beim Mensch. *Verhandl. d. phys. med. Gesellschaft.* N. F. Würzburg. B 17. 1883. 129.

Gornard-Chantreau (L-.A.). — Inject. interst. caust. chor. zinc. d. trait. d. tumeurs kystiques. *Thèse Paris*, janvier 1880, n° 4.

Guérin (Al.). — Maladies d. org. génit, ext. de la femme. Paris, 1864.

Hænsel (Em.). — Ub. d. gl. Bartholini... cystösen degener. Würsburg, 1885 dissert.

Hillman. — Encyst. tumour of the labium. *Lancet*, fév. I, 1862, p. 421.

Hoening. — Grosse cyste d. Bartholinischen Drüse. *Monatschr. f. geburtskun. und fraeunkr.* B 34, H 2, 1869 p. 130.

Houzé (F.). — Tum. d. gr. lèvres moy. thérap. *Art. méd.* Bruxelles. 1865-66, I, 9.

Huguier (P.-C.). — Kystes de la matrice et vagin, *Mém. soc. chir.* Paris, I, 1847, p. 242.

— Mém. sur app. secret. org. gen. ext. chez la femme. *Ann. scienc. nat.*, sér. 3, XIII, p. 239.

— — *Mém. acad. nation. med.* XV, 1850, p. 527.

— Mal. d. gl. vulv. vagin. *Journ. d. conn. med. chir. Paris*, 1852, XX, p. 141, 197.

Humbert (P.-L.). — Tum. d. gr. lèvres. *Thèse Paris*, juin 1851, n° 122.

KALTENBACH (R.). — Ub. zusamm. Cysten d. Scheide. *Arch. f. gyn.* B. 5. Berlin 1873, p. 138.

KIRMISSON. — Kystes. Dict. encycl. (de *Dechambre*) 4 s. VI, 1889. p. 779.

KLEINWAECHTER (L.).— Beitrag z. path. anat. d. Bartholin.. *Zeitsch. f. geburtsh. und gyn.* Stuttgart, 1895. Bd. 32, p. 191.

KNOX (R.). — Obs. glands of Cowper in the female. *London med. gaz.* XXIII, 1838-9. p. 588.

KOPPE. — Genèse u. klin. deutung d. vulv. cysten. *Centralbl. f. gyn.* XI. Leipzig, 1887, p. 639.

LABADIE-LAGRAVE (F.) ET LEGUEU (F.). — Traité med. chir. gyn., 1898, p. 788.

LAGRANGE (F.). — Kyste de gr. lèvre. *Annal. tocologie*, 1886, p. 970.

— Kyste de gr lèvre.*Journ. med. Bordeaux*, n° 5. 1886,p. 45.

LEBERT. — Kyste gl. Bartholin. *Bull. soc.anat.*Paris, 1852. p. 471.

LEDENTU. — Rapp. sur mem. de Th. Anger. *Mem. soc. chir. Paris*, 1875, I, p. 831.

LÉOPOLD. — *Centralblatt. fur gyn.* Leipzig, 1886, X, n° 31, p. 508.

LEROUX (G.). — Kystes de gl. vulv. vaginale. *Thèse Paris*, n° 251, juin 1878.

LIZÉ (du Mans). — Kyste de gl. vulv. vagin. guéri par inj. chlor. zinc. *Bull. et mem. soc. chir.* Paris II, 1876, p. 129.

LOTZE (K.). — Cystendegen. d. cowpersch. drus. d. Fran. Göttingen dissert, 1869, p. 17.

MAC CLINTOCK (A.-H.). — Clin. mem. on diseases of Women. Dublin 1863, 203, 230. Encyst. tum, of the labium. *London, med. gaz.*, 1849, ser. 9, V. IX, p. 1052.

MAC DONNELL. — British americ *Journ. of. medicine*, 1849

MARTIN (C.-L.). — Histol. d. kystes de gl. Bartholin. *Arch. clin. Bordeaux*, 1898, VII, p. 556.

MARTIN (C. A.) ET LEGER (H.). — Rech. anat. et path. d. app. secret. d. org. genit. ext. de la femme. *Arch. gen. med.* vol. I, sér. 5, t. 19. 1862, p. 77.

MAURICEAU (Fr.). — Traité d. maladies des femmes grosses, Paris 1721, p. 179.

MICHAUX (P.). — Kyste gl. vulv. vagin.Traité chirur. (de S. *Duplay et Reclus*), 1899, VIII, p. 11.

MIGOT (G.). — Consid. sur abcès de gl. vulv. vagin. *Thèse Paris*, n° 614, juillet 1899.

MONOD. — Nouv. procédé trait. Hydroc. et kystes. *Bull. gen. therap.* T. 81, 1871, p. 473. Coll. séreuses trait. par inject. alcool. *Bull. soc. chir.* T. 12, 1872, p. 197.

MOUREY (S.). — Kystes gr. lèvres trait. par lig. élast. *Thèse Paris*, n° 14, janvier 1882.

MULLER (J.-C.). — Casuist, d. neubildung. an d. auss. weibl. genit. *Berlin Klin Wochenschr.* XXVIII, 1881. Berlin, n° 31, p. 446.

MULLER (V.). — Entwicklungsgeschicte u. feinere anat. d. Bartholin. drüse. d. Menschen, *Archiv. f. mikroskop. anat.* Bonn, 1892, t. XXXIX, p. 33.

NEUMANN (Is). — Erkrank d. Bartholin. Drüsen. *Wiener medic.* blätt. B. XI, 1888, 576, 611. Lehrbuch. d. ven. Krankh. u. d. syphil. Wien, 1888, p. 445, 449, 482.

ODEBRECHT. — *Centralbl f. gyn.*, n° 10, 1890, Berlin, p. 165.

PAGET (J.). — Lectures on tumours. London, 1851.

— *London med. gaz.*, 1851, XLVII, n. s. vol. XII, p. 994

— Lect. on surgic. pathol., London, 1853.

— Lect. on surgic. pathol. (rev. and édit. by Turner) édit. 3. Philadelphia, 1871, p. 411.

PALETTA. — Mémoires de l'Institut italien, t. II.

PARMENTIER. — Kyste gl. Bartholin. *Bull. soc. anat.*, Paris, nov. 1852, 474.

PETIT (L.-H.). — Kystes gl. vulvo-vaginale. Dict. encyclop. (*de Dechambre*), 1889, p. 815.

PETIT (P.). — Rapp. de *Steph. Bonnet. Soc. obstet. et gyn.* Paris, 9 oct. 1890. *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. XII, 1890, p. 754.

PICHEVIN (R.). — Bartholinite et kystes gl. Bartholin. Trait. chir. (de *Le Dentu et Delbet*), 1901, p. 494.

PILLIET (M.-A.). — Kyste et sclérose gl. Bartholin. *Bull soc-anat.*, Paris, 5 S. t. VII, 1893, 326.

POLAILLON. — Tumeur de gr. lèvre. *Annal. gynec. et obstét.*, 1890, t. XXXIV, p. 389.

POULET ET BOUSQUET. — Traité path. ext. (rev. *A. Ricard et H. Bousquet*), t. III, 1893, 459.

POZZI (S.). — Traité gynécologie, 1890, p. 1028.

— Kyste gl. Bartholin. compt. rend. *Soc. obst. gynéc. pédiat.* Paris, 1905, VII, juil. 189.

RABÈRE. — Pathogénie des hydrocèles chez la femme. *Thèse Paris*, n° 162, mars 1883.

Raffalli (P.-J.). — Kystes gl. vulvo-vaginale. *Thèse 76, Montpellier*, juillet 1903.

Recklinghausen. — Ueber die ranulan, die cyste des Bartholinschen drüse... *Archiv. f. path. anat. phys...* Hrsg. von. Virchow. Berlin, 1881. Bd 84 (8 F. 4 B.), H.3, p. 425.

Reygasse (A.). — Trait. des Bartholinistes par inj. alcool salic. *Languedoc méd. chir.*, 2 s., VIII. Toulouse, 1900 p. 343.

Rindfleisch (E.). — Traité histol. path. (trad. de l'allem. *par F. Gross,* Paris. 1873, p. 74, 76.

Robert (Alp.). — Mém. sur inflam. d. foll. muq. de la vulve. Mém. acad. méd., septemb. 1840.

— *Arch. gén. méd.* 1841 àoût, t XI. p. 393.

Robin (V.-B.). — Diagn. différ. des tumeurs de l'aine. *Thèse, 126, Paris*, juillet 1849.

Sage (H.). — Tumeurs liquides des gr. lèvres. *Thèse, 56,Bordeaux* février 1895.

Scanzoni (de F.-W.). – Traité prat. d. mal. d. org. sex. de la femme (trad. de l'allem. par H. *Dor. et A. Socin*), 1858, p. 504.

Scheuthauer (G.) — Ein walnusgr. cyst. d. link. Bartholin. drüs. *Wochenblatt d. K. K. gesellsch. d. Aerzte.* — Wien, 1877, B. VII, n° 31, p. 275.

Schroeder (G.). — Mal. d. org. génit. de la femme. publ. par *Hofmeier* (trad. de l'allem. par *E. Lauwers*), 1899, p. 48.

Scott (A.-V.). — Calculi removed. from. cysts of the vulvo-vaginal glands with comments by Harris. *Americ. Journ. med. sciences*, Philadelphia, 1885, n. s. XC. 438.

— *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. VIII, 1886, p. 65.

Sedillot (C.). — Pathol. et thérap. chir. d. kystes. *Thèse concours chaire pathol., Strasbourg*, 1841.

Tarnier. — Tum. kystique gl. vuvo vaginale. *Journ. d. sages femmes*, Paris, 1893,XXII, 361.

Tavenaux (J.). — Inject. chlor. zinc dans cavités kystiques. *Thèse Paris*, n. 483, décembre 1880.

Trélat. — Kystes gl. vulvo-vaginale. *Gaz Hôp.*, 1887, p. 910.

— *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t. IX, 1887, p. 568.

Turgard. — Kyste hématique de la vulve. *Annal. policlin. de Lille*, I. janv. 1896.

— *Semaine gyn.*, 1896, p. 78.

— *Rev. méd. chir. d. mal. d. femmes*, t.XVIII 1896, p. 151.

Valenta (A.) — Entzundung. d. Barthol. drüs. Memorabilien aus der. Praxis, 1875, Heilbronn, XX, p. 151.

Velpeau. — Dict. de méd. ou répert. gén. d. sciences méd. t. XXX, 1846, 1000 art. vulve.

Vidal (de Cassis). — Traité pathol. ext. t. I 1839, p. 245. T. V, 1846, p. 579. ; 583 ; 587 ; 615. — T. V, 1861, p. 286. 308.

Weinlechner. — Mehrfæcherige blutcyste der Bartholin drüse.... Berichte der kais königl. krankenaustalt Rudolph-Stiftung in Wien, 1878, p, 300.

Werth. — Anat. der cysten. der vulva. *Centralbl f. gyn.*, 22, Leipzig. II, 1878 octob. 513.

Wile (W.). — *Americ. journ. of. obstet. and. diseases of. women*, New-York, 1881, XIV, 585.

Winckel. — Cysten. der. scheid. Archiv. f. gyn. Berlin, 1871. B 2, p. 383 lehrbuch der frauen krankheiten. 2me édit., Leipzig, 1890. p. 29,61.

INDEX

Baer (B.-F.). — Cystic enlargement of the vulva vaginal gland. *Procedings of the Philadelphia county medical Society.* Philadelphia, 1888. VIII, p. 110.

Choumkine (N.). — Kyste de la gl. de Bartholin, *Journ. des accouchem. et d. maladies d. femmes.* Saint-Pétersbourg, 1896, n° 5, t. X, p. 542.

— Proïzvodstvo operatsii nad opukholyn naruzhnîk polovîkh organov u. musulmanki srednei Asii. *Russkiy chir. arch. Saint-Pétersbourg*, 1895. I. 774.

Giles (A.-E.). — Bartholinian cyts. clinical sketches illustrative of practical medicine and surgery. London, III. 1896, p. 73.

Hamesse (A.). — Kyste de la gl. de Bartholin. *Progrès méd. belge.* Bruxelles, 1903. V. p. 185.

House (A.-F.). — Treatement of vulvo-vaginal cysts with report of an unusual case. *Claveland medical gazette*, 1893-94. IX, p. 524.

Liell (E.-M.). — Cyst and abcess of vulvo-vaginal gland. *New-York polyclinic*, 1893. I, p. 77.

Lindfors (A.-O.). — Fall af dubbelsidig tumörbildning i vulva ; cyta glandulae Bartholini sinistrae... Upsala lakareforenings förhandlingar. Upsala, 1899-1900, n. F. V. 213.

Malusardi (U.). — Le cisti et l'ascesso della glandola vulvo-vaginale. *Gazetta medica di Roma.* Roma, 1887. XIII, p. 269.

Montgomery. — Vulvo-vaginal cyst, *Charlotte med. Journ.* Charlotte N. C. 1895. VII, 709.

OPIELINSKI (J.). — Die cystengeschwülste der vulva. Breslau. dissert, 1876,

PLAZER (V.). — Ueber cine vortheilhafte modificat. d. operativ. Behandlung der zu cysten degenerirten Bartholin. drüsen. *Sitzungsbericht d. vereines d Aerzte in Steyermark.* V 1867-1868, p. 41.

THOMAS (T.-G.). — Cyst of vulvo-vaginal gland. *Med. and surgic. reporter. Philadelphia*, 1879. 426.

WEINLECHNER. — Retentioncysten der Bartholinschen drüsen. Berichte der Kais. Köhigl. Krankenaustalt Rudolph. Stiftung in Wien. 1875, 511.

TABLE DES OBSERVATIONS

TABLE GÉNÉRALE

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.